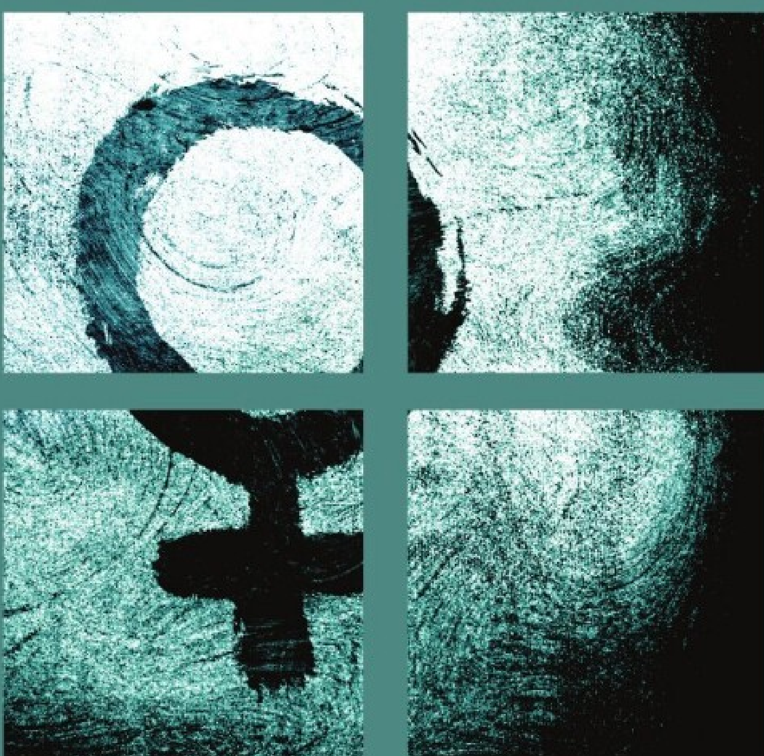
elte | ppk

RendSzerTan

Addiktológiai Elméletek és Kutatások 20.

Bevezetés a szerhasználó nők világába

Kaló Zsuzsa



L'Harmattan

BEVEZETÉS A SZERHASZNÁLÓ NŐK VILÁGÁBA

KALÓ ZSUZSA

ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar

RendSzerTan –
Addiktológai Elméletek és Kutatások

Sorozatszerkesztő:

Demetrovics Zsolt, Felvinczi Katalin és Rácz József

BEVEZETÉS A SZERHASZNÁLÓ NŐK VILÁGÁBA

KALÓ ZSUZSA

ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó
Budapest, 2020

A kötethez végzett kutatómunkát az AKUT Alapítvány Emberi Erőforrások Minisztériuma KAB-KT-18-26173 számú pályázata, valamint az ELTE Felsőoktatási Intézményi Kiválósági Program (1783- 3/2018/FEKUTSRAT) támogatta.

Szakmai lektor: Komáromi Éva

Tartalomjegyzék

Táblázatok

Ábrák

Illusztrációk

Előszó

„Van olyan, hogy női szerhasználat?" „Mi a különbség?" „Miért kell külön foglalkozni a nőkkel?" A gyakran felmerülő kérdések a téma kapcsán kételkedést és bizonytalanságot tükröznek, hiszen az egyéni különbségek valóban nagyobb jelentőséggel bírnak a szerhasználat kialakulásában és a felépülésben, mint a férfiak és nők közötti biológiai vagy evolúciós különbségek. Ugyanakkor a posztmodern társadalomtudományi elméletek és a konstrukciós megismerési módszerek rávilágítanak az objektív tudás megszerzésének hiányosságaira és arra is, hogy a megszerzett tudás nem jár automatikusan annak alkalmazásával. Például hiába tudjuk, hogy az egyéni különbségek fontosabbak, mégis az emberi megismerésre jellemző a kategorizálás, s a kategóriák mentén különböző értékítéletek születnek, majd ezek alapján szétválogatjuk az ismereteinket. A hétköznapi döntéseinket, automatikus szakmai értékítéleteinket társas-társadalmi tapasztalatok és kognitív torzítások jellemzik, amelyek közvetett vagy közvetlen hatással lehetnek akár arra is, ahogyan a nemi szerepekről, a férfi vagy a női testről, valamint szakemberként a női vagy a férfi szerhasználóról gondolkodunk. Így végeredményben jelentősen befolyásolják a szerhasználat diagnosztikus kategóriáinak és kezelésének (nemi) meghatározottságát. Tehát, miközben a kézikönyvnek nem célja az, hogy a női szerhasználókat speciális csoportnak, a női szerhasználatot egy külön szakterületnek tekintsük, mégis fontos missziója a nők és a szerhasználat elméleti és gyakorlati aspektusairól értekezni.

Mit tudunk a női szerhasználatról? Milyen elméleti modellekben értelmezhető? Milyen kezelések hatékonyak? Mennyire integráltak a női szerhasználatról szerzett ismeretek a kezelésben? Milyen segítő, illetve gátló tényezői vannak a lányok és nők kezelésbe kerülésének? Mennyire érvényesülnek a női szerhasználatról szerzett ismeretek a szakmapolitikai döntésekben? Milyen egyéb, a szerhasználattal nem összefüggő tényezők befolyásolják a szakemberek és döntéshozók ismereteit, elképzeléseit, attitűdjeit? Hogyan kezeli a szakmapolitika az interszekcionalitást és a diverzitást a női szerhasználattal összefüggésben?

A női szerhasználatot három nagyobb témakörre bontva érdemes tárgyalni: *elméletek, kutatások és intervenciók.* Ezt a hármas szerkezetet követi jelen kézikönyv is, amely elhelyezi a női szerhasználatot az addikció elméleteiben, bemutatja a női szerhasználat jellemzőit, ismerteti a hazai és nemzetközi kutatások eredményeit, valamint a hatékony kezelés és női szerhasználatra érzékeny szakmapolitika ismertetőjegyeit.

Az *első fejezet* bevezetést ad a női szerhasználat mint társadalomtudományi téma fogalomrendszerébe, valamint bemutatja a téma történeti hátterét az első elméletalkotóktól a kurrens globális szakmai ajánlások legfontosabb eredményeinek és üzeneteinek ismertetéséig. A *második fejezet* áttekintést nyújt az addiktív viselkedések kurrens elméleteiről és modelljeiről. A *harmadik fejezet* kritikai nézőpontból megvizsgálva az ismertetett elméleteket és modelleket, elhelyezi azokban a női szerhasználat értelmezési lehetőségeit, továbbá leírja a női szerhasználattal foglalkozó vizsgálatok megfelelő kutatásmódszertani körülményeit. A *negyedik fejezetben* a női szerhasználat vizsgálatainak tapasztalatai kerülnek összegzésre, a jellemző biológiai és a pszichoszociális tényezők, valamint az elérhető epidemiológiai eredmények bemutatásával. Az *ötödik fejezet* a várandós szerhasználó nők egy magyarországi, kvalitatív vizsgálatát ismerteti. A *hatodik fejezet* a hatékonynak bizonyult intervenciós lehetőségeket mutatja be a nemzetközi szakirodalom alapján, a diagnózisalkotástól a kezelésen át az eredményes ellátórendszeri modellekig.

Az addiktológia tudománya hosszú évtizedekig a férfiakra fókuszált, az 1990-es évektől azonban felismerték, hogy a nemi különbségek fontosak lehetnek az alkohol- és droghasználat, vagyis a szenvedélybetegség pontosabb megértésében és a szerhasználók hatékonyabb ellátásában. A könyvben a *szerhasználat* kifejezés alatt a legális (alkohol, nikotin, gyógyszer) és az illegális szerek (drogok, klasszikus és új pszichoaktív szerek) használatát értjük. Az adatok alapján a szerhasználat elterjedtségének különbsége a férfi és a női szerhasználóknál egyre kisebb (INCB, 2016; EMCDDA, 2017). A gyakoriságot vizsgáló kutatások világszerte (de jellemzően a nyugati társadalmakban) egyre csökkenő különbségről számolnak be (uo.). A női szerhasználattal összefüggő zavarok epidemiológiája változó képet mutat nemzetközi szinten, amelyet a kulturális, történeti és politikai környezet is befolyásol (WHO, 2014; Benoit–Dambélé, 2015; INCB, 2016; EMCDDA, 2017).

A női szerhasználat témakörében magyar nyelven ez az első összefoglaló kézikönyv. Ebben a kötetben a női szerhasználat sajátosságainak ismertetésére vállalkozunk a legfrissebb nemzetközi és hazai társadalomtudományi és elsősorban pszichológiai kutatások tükrében, továbbá a hatékony pszichológiai intervenciók, jó gyakorlatok bemutatásával. Célja elérhetővé tenni a szerhasz-

náló nőket érintő elméleti keretrendszereket, kutatásmódszertani és gyakorlati ismereteket, információt nyújtani a gyakorlati és elméleti szakemberek számára, hozzájárulva ezzel a magyar nyelvű addiktológiai diskurzushoz. A női szerhasználat sajátosságainak megértése nemcsak a szenvedélybeteg-ellátásban a szociális és egészségügyi, klinikai területen dolgozó szakemberek számára fontos, de a bűnmegelőzésben és a büntetés-végrehajtásban, a nőgyógyászati és szülészeti szakellátásban vagy az (elsősorban nem szerhasználókkal foglalkozó) pszichológusok, szociális munkások és neurológusok/neuropszichológusok számára, s végül, de nem utolsósorban a szakmapolitika számára is.

Köszönetnyilvánítás

Számos barátnak és kollégának tartozom köszönettel azért, hogy ez a könyv elkészülhetett.

2004-ben az MTA Pszichológiai Kutatóintézetben kezdtem el dolgozni nyelvészdoktoranduszként és pszichológushallgatóként *Dr. Rácz József* professzorral droghasználókkal készített élettörténeti interjúk elemzésén. Az interjúkban a női szerhasználók jellemző beszédmódjával találkoztam: a nők szenvedő szerkezetekben beszéltek a droghasználatukról, gyakran áldozatként látták és láttatták magukat. A téma ekkor keltette fel szakmai érdeklődésemet. Rácz József professzor a doktori disszertációm témavezetője és szakmai életutam azóta is legfontosabb mentora és kísérője lett, amit köszönök. Első pszichológiai terepmunkámat és kutatásomat 2009-ben a *Józan Babák Klub Egyesülettel* együttműködve végeztem budapesti várandós szerhasználó nők körében. Az egyetlen speciálisan szerhasználó nőknek nyújtott szolgáltatóhelyen hosszú együtt gondolkodás és együttműködés kezdődött *Mándi Bettinával, Dr. Hittig Beatrixszal, Bíró Zsófival* és *Oberth Józseffel,* akik hozzájárultak a kötet témájának feldolgozásához. Az ő szakmai hozzáállásuk és támogatásuk fontos mérföldkő számomra a női szerhasználat megismerésében. 2013-ban Norvégiában egy szerhasználókkal foglalkozó civil szervezet *(Kirkens Bymisjon, Oslo)* kutatási osztályán töltött rövid tanulmányutam alatt több szerhasználó nőket érintő jó gyakorlattal ismerkedtem meg egy olyan országban, ahol a nemek közötti egyenlőség evidencia. A skandináv modell azóta is fontos iránymutatója a kutatásaimnak, gondolkodásomnak. 2015 óta az ELTE Pszichológiai Intézet Pszichológiai Tanácsadás Tanszékén oktatok és kutatok. Köszönettel tartozom a tanszék valamennyi munkatársának, valamint *Dr. Felvinczi Katalinnak* és *Prof. Demetrovics Zsoltnak* a kapott támogatásért.

2011-ben *Rácz Annával és Légmán Annával* létrehoztuk az *AKUT Alapítvány – a társadalmi integrációért* elnevezésű civil szervezetet, amelynek elsőszámú missziója a kutatás és a gyakorlat közötti átjárás elősegítése a mentális egészséget segítő szolgáltatások fejlesztése érdekében.

Az utóbbi években az AKUT Alapítvánnyal lehetőségem nyílt a női szerhasználat témában több hazai kutatást is elvégezni. Köszönöm *Szécsi Judit,*

Hegedűs Judit és Rácz Andrea segítségét, akikkel együtt tártuk fel a gyermekvédelemben a lányok helyzetét és a szerhasználattal való összefüggéseket 2017-ben. A szerhasználó nőknek kidolgozott magyar nyelvű intervenció fejlesztésében és hatásvizsgálatában 2018 óta szellemi társaim megszámlálhatatlan (online és offline) konzultációban *Szabó Réka, Dr. Dudás Mária* és *Pászli Lívia*, és bízom benne, hogy sokáig tart majd együttműködésünk.

Tengernyi nemzetközi publikáció és konferenciabeszélgetés formálta az elképzeléseimet, amelyről igyekszem a könyvben számot adni, de *Aileen O'Gorman, Camille Stengel, Giavana Margo* és *Julia Buxton* szakmai barátsága nélkül nem születhetett volna meg ez az eredmény.

Megannyi inspirációt adtak *hallgatóim* is, akikkel gyakran az őszi vagy tavaszi esti órákban mélyültünk el a női traumák megismerésében és a szerhasználat rejtelmeiben; kérdéseik, lelkesedésük sokszor lendítettek túl alkotói mélypontokon.

Óriási hálával tartozom *Komáromi Éva* alapos és részletes lektori útmutatásának, az elméleti és gyakorlati hozzáértése felbecsülhetetlen segítség volt a formálódó kézirathoz.

Köszönöm barátaimnak, *Márkus Juliannának, Schopper Zsuzsannának, Tóth Zsuzsának, Fiák Rebekának, Ann Verbovennek*, hogy a magányos és végtelennek tűnő könyvtári óráimban megnevettetek, bátorítottak, visszavezettek a valóságba.

Örök hálával tartozom a családomnak, akik mindannyiszor támogatásukról biztosítottak, különösen *Édesanyámnak*, aki példaként áll előttem örök optimizmusával, fáradhatatlanságával, önzetlen szeretetével és bizalmával. Köszönöm *Eszter húgomnak* a testvéri szeretetét és a folyamatos bátorítást. Köszönet *Ádámnak*, aki nélkül e könyv nem jelenhetne meg, s akivel csodálatos lányunkat együtt terelgetjük legjobb tudásunk szerint. Köszönöm a lányomnak, *Johannának*, hogy van.

És végül őszinte hálával tartozom a szerhasználó nőknek, akik bizalommal fordultak felém kutatóként, kezdő pszichológusként, majd csoportvezetőként, s megosztották élettörténetüket, érzelmeiket, tudásukat, tapasztalatukat. Bízom benne, hogy igaznak, értékesnek és hasznosnak találják majd ezt a könyvet.

1. BEVEZETŐ

A NŐI SZERHASZNÁLAT MINT TÉMA – TÖRTÉNETI ÉS FOGALMI ÁTTEKINTÉS

A fejezet rövid áttekintést nyújt a női szerhasználat mint társadalomtudományi és addiktológiai téma történeti fejlődéséről és változó fogalmairól. A fejezetben elsősorban az angolszász szakirodalomra hivatkozunk, amely egyrészt elérhető volt, másrészt a Magyarországon elterjedt elméletek, modellek és módszerek alapját nyújtották. Bemutatjuk, hogy alakult Magyarországon a női szerhasználat témakörének feldolgozása a kutatások és a kezelések-beavatkozások mentén. A fejezetben a nemzetközi szakmai szervezetek női szerhasználatra vonatkozó legfontosabb megállapításainak összefoglalására törekszünk. A szerhasználat és a függőség olyan komplex témakörök, amelyeket többféle szakmai megközelítésből – társadalomtudományi, egészségügyi, pszichológiai, kriminológiai – igyekszünk körbejárni, az elérhető szakirodalom mellett az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA), a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpont (EMCDDA), a Nemzeti Drog Fókuszpont (NDF), az ENSZ Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerve (INCB), valamint Az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala (UNODC) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és más további nemzetközi szakmai szervezetek főbb megállapításait, javasolt fogalomrendszerét és ajánlásait gyűjtöttük össze. A női szerhasználat mint téma az 1990-es években jelent meg a társadalomtudományi diskurzusban. A téma feltárását végző első szerzők jellemzően olyan kutatók és terepen tapasztalatot szerzett szakemberek, akik a feminista fordulat hatására kritikai szemszögből vizsgálták meg az elérhető addiktológiai modelleket, a kutatási módszereket és eredményeket, valamint az ellátási formákat és kezelési technikákat. A 2000-es évek elejétől a nemzetközi szakmai szervezetek világszerte adatokat gyűjtöttek és azóta is ajánlásokat tesznek a női szerhasználat pontosabb megértése és a nők hatékonyabb ellátása érdekében. Ebben a fejezetben a női szerhasználat történeti és konceptuális áttekintését nyújtjuk, röviden bemutatjuk a női szerhasználat mint társadalomtudományi téma vizsgálatának kutatását, és definiáljuk az alapvető fogalmakat, amik a téma megértéséhez szükségesek.

1.1. A NŐI SZERHASZNÁLAT MINT TÉMA TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉSE

Habár a szerhasználat aránya a férfiak körében még mindig nagyobb, az 1990-es évek óta megfigyelhető trend, hogy a szerhasználat gyakoriságának elterjedtségi különbségei egyre csökkennek a fiúk/férfiak és lányok/nők között, vagyis az adatok konvergálnak (ún. *konvergencia-hipotézis*, lásd erről Hammer–Vaglum, 1989; Neve és mtsai, 1996; Ahlström, Bloomfield–Knibbe 2001; Kuntsche és mtsai, 2011). Ennek ellenére a lányok/nők száma az ellátóhelyeken nem növekszik (EMCDDA, 2017). A kábítószer-használathoz köthető túladagolásos halál a nők körében világszerte (még a jó gazdasági hátterű országokban is) gyorsabb ütemben nőtt, mint a férfiak körében, ugyanakkor világszerte kevésbé jutnak megfelelő számban megfelelő kezelésbe (INCB, 2017). Az Európai Bizottság, 2016. március, 59/5. határozata szerint „genderérzékeny irányelvekre és programokra van szükség".

A női szerhasználat megértése, a megfelelő elméleti és gyakorlati kezelésmód a probléma megjelenésének korai időszakától kezdve élénk vita tárgya a tudósok, politikusok és gyakorlati szakemberek között. Az addiktológia és a szerhasználat komplex egészségügyi, társadalmi, neurológiai, pszichológiai témakör, különösen, ha hozzávesszük a társadalmi nemi (gender) aspektus megértésének motivációját is. A téma az 1990-es években vált ismertté a társadalomtudományban bekövetkezett feminista fordulat hatására, elsősorban Észak-Amerikában. A nemi különbségek társadalomtudományi és pszichológiai vonatkozásainak vizsgálata az 1960-as évektől egyre növekvő tendenciát mutatott, kiváltképp az 1980-as évek közepén és a 2000-es évek elején (Eagly–Rose–Riger–McHugh, 2012). A pszichológia tárgykörében végzett kutatásokban az új aspektus integrálásával előtérbe kerültek a nemi sztereotípiák, a mentális betegségek és a társas-társadalmi kontextus összefüggései, például a depresszió, a család és munka egyensúlya, az abortusz, a szexuális zaklatás, az erőszak és a bántalmazás témakörei (uo.). A nemi erőszak első vizsgálatának eredményei a kutatókat is meglepte. Diana Russell 1980-ban 900 nő meginterjúvolása alapján jutott arra a következtetésre, hogy az Amerikai Egyesült Államokban minden negyedik nő elszenvedett már nemi (pl. áldozathibáztatás, szexuális tárgyiasítás) és minden harmadik szexuális erőszakot (szexuális cselekményre kényszerítés) (Russell, 1986). Ez a felismerés több további kutatást inspirált, és az ellátórendszer átgondolását eredményezte. Az erőszak-téma megjelenésével az 1970-es és 80-as években a nők heroin-, marihuána- és más pszichoaktívszer-használata is a kutatások tárgya lett, elsősorban az Egyesült Államokban és Kanadában (vö. Marsha Rosenbaum: *Women and heroin,* 1981; Edith Gomberg: *Women, alcohol and other drugs,*

1982). Ezzel együtt további olyan témakörök váltak láthatóvá, mint a női szerhasználat hatásai a szülőségre, az egészségre és a jóllétre. Ezek az úttörőnek számító munkák a korábbi publikációktól teljesen eltérő módon mutatták be a szerhasználó nők mindennapi életét és tapasztalatait. Az 1990-es években az illegálisszer-használat kutatásai és a női vonatkozások a crackkel és a kokainnal összefüggő kérdéseknek köszönhetően kaptak friss lendületet. Ezzel együtt további új, a női szerhasználattal összefüggő témák merültek fel: a várandósság, az AIDS/HIV terjedése, az erőszak megjelenése a párkapcsolatban és a szerhasználói szubkultúrákban, valamint az áldozattá válás, a mentális betegségek és a prostitúció.

Az 1990-es évek elejéig az addiktológiai tárgyú klinikai kutatások a szenvedélybetegeket egy csoportként kezelték: nem differenciálták a férfiakat és a nőket, a minta nagy része férfiakból állt, így a betegség és a kezelés jellemzői is ennek megfelelően alakultak. A nyugati társadalmakban az 1980–90-es években lezajlott feminista fordulat, a nők és férfiak közötti egyre nagyobb fokú esélyegyenlőség az addiktológiával foglalkozó társadalomtudósok körében a *konvergencia-hipotézis* megfogalmazásához vezetett (lásd Hammer–Vaglum, 1989; Neve és mtsai, 1996; Ahlström–Bloomfield–Knibbe, 2001; Kuntsche és mtsai, 2011), amely felvetette azt a kutatási és kutatásmódszertani kérdést, hogy vajon a társadalmi változások hatására a nők és férfiak szerhasználata mennyire fog közelíteni egymáshoz vagy mennyire megfelelően mérik a rendelkezésre álló eszközök a nők/lányok szerhasználatának elterjedtségét.

Ezzel egy időben elkezdődött a női szerhasználat más társas/társadalmi aspektusainak megértése, feltárása is. Anderson (2008) *„a hatalomnélküliség patológiájának”* hívja azt a jelenségkört, amely a kutatásokban kizárólag egy dichotóm paradigmában, „bűnösként vagy áldozatként” jeleníti meg a szerhasználó nőket. Ez a perspektíva (patológia és hatalomnélküliség) viszonylag hosszú ideig uralta a női szerhasználókkal végzett kutatásokat. Ebben a paradigmában a diszfunkció, a morális depriváció, a függőség, a hatalomnélküliség, a kihasználtság és az áldozatiság jellemzi a női szerhasználatot. A női szerhasználatot egy speciális problémakörként láttatja, amelyben a nőknek nincs ágenciájuk a világban. Ennek alternatívájaként jelentek meg a feminista paradigmában írott munkák (Elizabeth Ettore: *Women and subtsance abuse,* 1992; Maryon McDonald: Gender, drinks and drugs, 1994; Wilsnack–Wilsnack: *Gender and Alcohol: Individual and Social Perspectives,* 1997; Lisa Maher: *Sexed work: Gender, race, and resistance in a Brooklyn drug market,* 1997). Ezek a művek alapjaiban kérdőjelezték meg a női szerhasználat korábbi patológiás és viktimizáló, dichotóm megközelítését. A felsorolt szerzők a szerhasználó nőket már nem a „bűnös és áldozat”, „a hatalommal bíró és a

hatalomvesztett", „a jó és a rossz" közötti szürke zónában helyezték el, hanem megragadták a női szerhasználat komplexitását. Az alkoholfogyasztás szociális reprezentációit vizsgálva (Wilsnack–Wilsnack, 1997; Holmila–Raitsalo, 2005) a kultúra szerepe is hangsúlyossá vált a női szerhasználat megértésében és értelmezésében. Az alapkérdés itt úgy vetődött fel, hogy a társadalom hogyan és miért támogatja vagy ítéli meg eltérő módon a női és férfi szerhasználatot. Az értelmezési keret feltárása pedig azért fontos, mert a kezelésbe kerülés körülményeit, az ellátás lehetőségeit közvetlenül befolyásolhatja (Holmila–Raitsalo, 2005). Nem kétséges, hogy van különbség a női és a férfi szerhasználat között, de a kilencvenes évek szakirodalma felhívja a figyelmet arra is, hogy a különbségek kezelése szociokulturálisan is meghatározott (pl. szexualitás, munkahelyi szerepek, szülőség, kortárs kapcsolatok, párkapcsolat; Room, 1996). A 2000-es években már több elméletileg is megalapozott, kutatásokkal alátámasztott eredményeket bemutató kézikönyv jelent meg a női szerhasználat témakörében (vö. Shulamith Lala – Ashenberg Straussner – Stephanie Brown: *The Handbook Of Addiction Treatment For Women,* 2002; Tammy Anderson: *Neither Villain nor Victim: Empowerment and Agency among Women Substance Abusers,* 2008; Kathleen T. Brady – Sudie E. Back – Shelly F. Greenfield: *Women and Addiction: A Comprehensive Handbook,* 2009).

A 2000-es évek óta a nemzetközi egészségügyi és szakmai szervezetek is felhívják a figyelmet a női szerhasználat sajátosságaira, s immáron jóval több adat áll rendelkezésünkre a női szerhasználat elterjedtségről, az okokról és következményekről, valamint a nők megfelelő kezelésbe kerülésének körülményeiről. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2014-ben jelentette meg a legális és illegális szereket használó várandós nők felismerésérése és kezelésére vonatkozó javaslatait (lásd 5. fejezet). Az ENSZ Nemzetközi Kábítószer-ellenőrző Szerve (INCB, International Narcotics Control Board) évente jelentést készít a világban megjelenő droghasználati trendekről, elemzéseket közöl, és felhívja a figyelmet a kiemelten fontos témákra; 2016-ban ez a téma a nők és droghasználat volt. Az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala (UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime) a 2018-as jelentésén belül külön kiadványt készített a nőket érintő rendelkezésre álló adatokról és ismeretekről (lásd 1. táblázat).

Az európai helyzet az országok és régiók eltérő kulturális és történelmi háttere miatt összetettebb képet mutat a szerhasználat elterjedtségi adatainak ismerete, az addiktológiai ellátás, a nők helyzete és a trauma feltárása terén is. Habár az utóbbi évtizedekben a szisztematikus adatgyűjtés és a nemzetközi együtt-

működések az európai országokban is megerősödtek (részben az európai uniós intézményrendszer kialakulásának köszönhetően). A drogok és droghasználat területén az európai adatgyűjtést az 1993-ban létrehozott Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, http://www.emcdda.europa.eu) végzi, amely intézmény több kiadványában (EMCDDA, 2005, 2006, 2009, 2010, 2017) felhívta a figyelmet a női szerhasználat sajátosságaira. AZ ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, www.espad.org) egy sztenderdizált európai felmérést végez az iskoláskorúak (15–16 éves) alkohol- és droghasználatára vonatkozóan az 1990-es évek óta (a lányok szerhasználatára vonatkozó eredményeket lásd a Prevalencia fejezetben).

A 2000-es évek elejéig nem volt elérhető olyan európai országközi vizsgálat, amely a mentális betegségek elterjedtségét mutatta volna meg. Az első ilyen jellegű vizsgálat (ESEMeD/MHEDEA: European Study of Epidemiology of Mental Disorders, Alonso és mtsai, 2002) kimutatta, hogy az európai populáció kétharmada megtapasztalt valamilyen traumatikus élményt az élete során, és azok közül, akik az utóbbi egy évben tapasztalták, 1–3%-nál alakulnak ki PTSD-tünetek (ez körülbelül 7,7 millió főt jelent). A vizsgálatok közel azonos előfordulási arányt találtak a nőknél és férfiaknál, de kiemelték azt, hogy a nők esetében a trauma inkább köthető a partnerhez, valamint azt, hogy a háború sújtotta övezetekben, mint a balkáni államok a PTSD előfordulása 10–35%-ot ért el (Trautman–Wittchen, 2018). A diverzitást jól kezelő addiktológiai ellátás elméleti és alkalmazott megfontolásairól elsősorban észak-európai példák akadnak (Room, 1996; Holmila–Raitasalo, 2005). 2014 óta az Európai Bizottság (Pompidou Group) megbízásából több feltáró jellegű kutatás készült, amelyben a nők elleni erőszak és a szerhasználat összefüggéseiről megállapították, hogy a két legsérülékenyebb csoport a szerhasználó várandós nők és a szexmunkás nők (Benoit–Dambélé, 2015).

Magyarországon az addiktológiai kezelés és a feminista társadalomtudományi megközelítés hatása a kutatásmódszertanra a többi posztszocialista országokhoz hasonlóan másképp alakult, mint Európában vagy Észak-Amerikában. A nőkkel foglalkozó tanulmányok nagy része a nyolcvanas években a szocialista típusú emancipáció és a nyugati feminizmus összehasonlításán alapult, a kilencvenes évek után párhuzamosan kialakult egyfajta neokonzervativizmus, valamint egy feminista és civil diskurzus (Kende, 2008). A mentálhigiénés állapotot vizsgáló kutatások (Kovács–Jakab–Kopp, 2001; Csoboth, 2006; Kopp–Kovács, 2006) megállapították a fiatal és középkorú nők veszélyeztetettségét a depresszió és más lelki egyensúlyzavarok tekintetében, és ezt összefüggésbe hozták a pszichoszociális értelemben megélt veszteséggel

(Kovács–Jakab–Kopp, 2001), valamint a megélt fizikai és szexuális abúzussal (Csoboth, 2006). A vizsgálatok feltárták, hogy a nők körében gyakoribb a depresszió és a szorongásos tünetek (uo.), és hogy a házassági stressz is jelentősebb szerepet játszik a depresszió kialakulásában körükben, mint a férfiaknál a munkahelyi stressz. A társadalomtudományi kutatásokon túl mégsem reflektáltak ezeknek az eredményeknek a társadalmi interpretációs lehetőségeire (Kende, 2008) A vizsgálatok kiemelték, hogy a nők egészségét a biológiai, hormonális és pszichés különbségek mellett a társadalmi szerep-rendszerben betöltött pozíció is befolyásolja (Kovács–Kopp, 2006), és negatívan hat rá, hogy a nők egészsége az ellátórendszer elhanyagolt területe (Csoboth, 2006). Néhány speciális területen, mint a táplálkozási zavarokban, a társadalmi (nemi) elvárások szerepe a betegség kialakulásában ismert és elismert lett (Túry–Szabó, 2000; Túry, 2003). Kende és Füleki (2006) a középkorú nők pszichés problémáinak testi tünetekben való jelentkezését összefüggésbe hozták az orvosi tankönyvekben és a női testtel, női szerepekkel, egészséggel összefüggő, médiareprezentációkban megjelenő implicit tartalmakkal. Egy vizsgálat (Neményi–Kende, 1999) a női identitás változásainak, kihívásainak generációs különbségeikre reflektált, ami a magyar társadalomban zajló jelentős változások miatt is fontos szempont: azt találták, hogy az 1970 előtt született csoport számára a hagyományos női szerepek és a hivatás által támasztott követelmények összeegyeztetésének sikeressége, a másik csoport számára a választással való elégedettsége definiálta a női létet (Kende, 2008). Csoboth Csilla több kutatásában (Csoboth, 2004, 2006) felhívta a figyelmet arra, hogy a nők fizikai és pszichés egészsége elhanyagolt terület az egészségügyben. Kiemelte a nők krónikus betegségei hatására kialakult ártalmakat és a fiatal nők önkárosító magatartásformáinak gyakori előfordulását (Csoboth, 2006). A 15–24 éves női korosztályban végzett reprezentatív vizsgálatában egyértelmű összefüggést talált az önkárosító magatartásformák és a fizikai, valamint szexuális abúzus között – a nők 30%-a számolt be valamilyen fajta abúzus megtapasztalásáról, akiknél a maladaptív megküzdési stratégiák a szerhasználatban (elsősorban nyugtatók visszaélésszerű használata) jelentkeztek (Csoboth–Birkás–Purebl, 2003).

A magyarországi addiktológiai tárgyú közleményekben elszórtan találkozhatunk a női szerhasználat témájával. 1986-ban jelent meg Valkai Zsuzsa *Miért isznak a nők* című kötete, amely részletesen leírja az alkoholproblémákkal küzdő nők helyzetét, szerepeit, valamint egy saját szociálpszichológiai hátterű kutatást is közöl. Valkai (1986) szerint a női szenvedélybetegekre jellemző, hogy betegségüket a végsőkig titkolni akarják az előítéletek, stigmák miatt, ezért gyakori a körükben a „zugivás". Ez azonban egyre több hazugsággal,

szorongással és bűntudattal jár, ezek leküzdésére pedig még több alkohol fogyasztásával reagálnak (Valkai, 1987). Ez után szoros értelemben véve a témával legközelebb 2004-ben az *Addiktológia* folyóirat egyik különszáma (2004/4) foglalkozott. Ez a különszám a társadalmi nem (gender) szerepét járta körbe az addiktológiai ellátásban. Hoyer Mária (2004), a különszám szerkesztője és az addiktív viselkedés gender-megközelítésének hazai szakértője Straussner és Zelvin (1997) munkáját bemutatva egy újfajta elméleti megközelítésről ad számot. Ezzel a magyar nyelvű addiktológiai diskurzusban először került elméleti szinten reflektálásra a társadalmi nem kérdése (Hoyer, 2004, 2009). A magyarországi prevalenciát tisztázni kívánó kutatások megegyeztek abban, hogy bár a férfi szerhasználók száma magasabb (Lajtai és mtsai, 2004), a középiskolás korosztályban (Elekes, 2004) és a rekreációs szerhasználói szcénában (Demetrovics, 2004) is megfigyelhető volt a konvergencia: a szerhasználó nők számának tendenciózus növekedése. A felnőtt populációs vizsgálatokban azonban nem találtak számottevő változást, az eredményeik szerint a nők alapvetően a szerhasználati preferenciáikban különböztek: az alkohol és a felírt gyógyszerek együttes, visszaélésszerű használata volt jellemző rájuk. Az *Addiktológia kézikönyve* sorozat (1–4. kötet, szerkesztő Demetrovics Zsolt) két tanulmányban foglalkozik a nemi kérdésekkel. Hoyer (2009) elméleti modelleket taglal és egy intervenciós programot mutat be, Komáromi (2009) a hozzátartozói szerepet és a szenvedélybetegséghez köthető diszfunkcionális család hatásait írja le, különös tekintettel az anyai és az apai szerepekre.

A 2006 őszén megalakult Józan Babák droghasználó szülők önsegítő csoportja jelentősen hozzájárult a magyarországi addiktológiai diskurzusban a női szerhasználat mint téma ismertetéséhez. A Józan Babák Klub – Magyar Emberi Jogvédő Alapítvány gondozásában az anyasággal és gyermekneveléssel összefüggő kötetek jelentek meg, 2009-ben a *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása* (szerkesztő: Rigó János, Oberth József és Sógorka Ildikó), 2011-ben a *Gyermekvállalás és droghasználat* (szerkesztő: Kaló Zsuzsa és Oberth József). Ezek a kötetek alaposan körüljárják a várandós szerhasználó nők ellátásának szülészeti-nőgyógyászati, egészségügyi körülményeit (Rigó, 2009; Ádám, 2009), a szakemberek megfelelő kommunikációs technikáit (Lázár–Lázár, 2009), a hatékony szociális munka szükséges feltételeit (Sógorka, 2009), valamint az újszülött ellátásának specifikumait (Görbe, 2009). Bemutatják továbbá a magyarországi alacsonyküszöbű szolgáltatásokat: a Józan Babák Klubját (Oberth, 2009a, 2011), az intravénás szerhasználó nőkét (Kováts, 2011; Barna, 2011), a Playback-színházat mint szocioterápiás közösséget (Nagy, 2011; Tar–Parádi–Oberth, 2011), a prostituált/szexmunkás emberek segítését (Máté–Fehér–Tóth, 2011), valamint a helyettesítő gyógyszeres terápi-

ákat és alkalmazásukat (Csorba, 2009), a speciális addiktológiai kórházi ellátást (Takách, 2009), az önsegítő csoport lehetőségeit (Bajzáth–Kovács, 2009), továbbá a jogi segítségnyújtást (Matuszka–Oberth, 2009). Gyakorlati útmutatást nyújtanak a megfelelő ellátáshoz (Oberth, 2009b; Sógorka, 2011; Singer, 2011). A kötetek közlik a budapesti várandós droghasználó nők körében végzett kutatások eredményeit (Kaló–Mándi–Sógorka–Rácz, 2011; Csorba–Pataki–Péterfi, 2011), és betekintést nyújtanak a nemzetközi ellátási gyakorlatokba (Kaló–Rácz, 2011; Kaló–Fischer, 2011).

A Nemzeti Drog Fókuszpont 2011-es Éves jelentésében (NDF, 2011) külön fejezet foglalkozik a gyermekkel élő szerhasználó szülőkkel (10. fejezet), amelyben a nők szerhasználatának jellemzői is bemutatásra kerülnek.

2010 és 2014 között a Kékpont Alapítvány Kontakt ártalomcsökkentő tűcsere-programjában „Csere Csak Csajoknak" felhívással injekciós szerhasználó nőknek és hozzátartozóiknak speciálisan nőknek szóló szolgáltatást („Csajnap") végeztek kizárólag női szakemberekkel. Ugyanebben az időszaknak több ismeretterjesztő előadást és beszélgetést szerzetek a női szerhasználat témakörében (Barna, 2011).

A magyar nyelvű sajtó fokozott figyelmét a női szerfogyasztására vonatkozóan egy-egy tragikus esemény – haláleset vagy nemi erőszak gyanúja – ragadta meg (a 2011-es „West-Balkán tragédia", a 2016-os Balaton Soundon történt „DVBBS-botrány"). Ezek főleg a fiatal lányokat fenyegető „partidrogok" veszélyeire figyelmeztetnek, amelyek között kiemelten szerepel a szexuális úton történő kihasználás, valamint érintik az új pszichoaktív szerek (dizájner drogok) veszélyeit, egyúttal figyelmeztetve a szülőket, tágabb értelemben pedig a társadalmat az odafigyelésre és a felelősségvállalásra.

A magyarországi drogpolitikai irányelveket tartalmazó, nyolc évre szóló tervdokumentum, a *Nemzeti Drogellenes Stratégia 2013–2020* egyetlen pontja említi a nőket: a VI.2.3. „Speciális csoportok, sajátos problémák" fejezetében a várandós nőkre vonatkozóan fogalmazza meg a kezelő-ellátó, utánkövető-gondozó programok kínálatának növelésére irányuló javaslatot. Magyarországon 2009-ben, 2017-ben és 2019-ban kapott kutatási támogatást kifejezetten a női szerhasználattal foglalkozó munka. 2009-ben a budapesti szerhasználó problémás nők kvantitatív vizsgálata (Csorba–Pataki–Péterfi, 2011) és a várandós nők kvalitatív vizsgálata valósult meg (Kaló–Mándi–Sógorka–Rácz, 2011). 2017-ben a gyermekvédelemben élő lányok szerhasználati mintázatának és kezelésbe kerülésének jellemzőit vizsgálták (Kaló és mtsai, 2017; Kaló–Hegedűs–Bihari–Szécsi, 2019), erre épülve 2019-ben egy traumainformált csoportos intervenciót fejlesztettünk szerhasználó lányok és nők részére, amely program megvalósítása és hatásvizsgálata jelenleg zajlik.

Az 1990-es évek óta a szerhasználó nőket globálisan érintő jelenségekről sok információt összegyűjtöttek, s a helyi sajátosságok is egyre ismertebbé válnak, ugyanakkor a téma továbbra is gyakran kerül marginalizált helyzetbe. Gyakran kérdőjeleződik meg szakemberek körében is, hogy miért fontos a szerhasználó nőkről és a női szerhasználatról beszélni, kevésbé támogatott kutatási téma, és továbbra is több nehézség jellemzi a szerhasználó nők számára a kezelésbe kerülést, a hatékony ellátást. A női szerhasználatot jellemzően a férfi adatokkal és eredményekkel összehasonlítva közlik, de konvergenciát látnak a női és a férfi szerhasználat között. Az elérhető adatok, vizsgálati eredmények alapján összeállított nemzetközi jelentések (lásd 1. táblázat, vö. INCB, 2016; UNODC, 2018) tanulságait összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a női szerhasználatra jellemző a gyógyszerek (felírt szorongásoldók) visszaélésszerű használata. A droghasználók harmada az injekciós szerhasználók ötöde nő. A korosztály, a szocioökonómiai státusz és a szexuális identitás szerint változó a szerhasználat elterjedtsége, fontos a diverzitás kezelése. A kezelésbe került lányok és nők körében megfigyelhető, hogy a szerhasználatban intenzívebben és gyorsabban haladnak előre (ún. teleszkóp-hatás), hamarabb alakul ki a függőség, és súlyosabb tünetekkel kerülnek az ellátóhelyekre. Jelentős tényező a női szerhasználatban az ún. partner-hatás, vagyis jellemzően nem más nőkkel együtt, baráti jellegű kapcsolati viszonyban, hanem heteroszexuális kapcsolatban a férfi partner hatására, homoszexuális kapcsolatban a női partner hatására kezdik el és haladnak előre a szerhasználatban. A szerhasználat okai között a genetikai mellett társas-társadalmi okokat feltételeznek, valamint hangsúlyos a szerhasználó nők életében a megtapasztalt és kezeletlen pszichológiai trauma, ami többször vezet mentális betegségek kialakulásához. A pszichológiai traumák közül a szerhasználó nők életében a más ember általi erőszak (párkapcsolati és szexuális) szignifikáns, amely a szerhasználat kialakulásában és következményeiben is fontos tényezővé válik. A nők sérülékenyebbek a fertőzésekre, egyre növekszik a túladagolásos halál a körükben, és egyre több nő válik drogügyek miatt szabadságvesztetté. A kezelésbe kerülést jelentős rendszerszintű, strukturális, kulturális, társadalmi és személyes okok akadályozzák (lásd 1. táblázat, vö. INCB, 2016; UNODC, 2018).

1.2. A NŐI SZERHASZNÁLAT MINT TÉMA FOGALMI ÁTTEKINTÉSE

A szerhasználati problémákat és addiktív viselkedéseket érintő nemzetközi szakmai, szociális és egészségügyi ajánlásokban, útmutatókban (APA, 2007, 2018; EMCDDA 2005, 2006, 2009, 2010, 2017; Benoit–Dambélé, 2015; WHO,

2014; INCB, 2016; DSM IV; DSM 5) immáron központi elem a mentális betegségek és a szerhasználat társadalmi nemi (gender) alapú megközelítése. Ezek az útmutatók és összegzések felhívják a figyelmet arra, hogy szignifikáns, mérhető különbségek vannak férfiak és nők között a betegségek kialakulásában, lefolyásában és kezelésében, valamint a társadalmi nemi szerepek hatással vannak az addiktív viselkedésre. A fent említett szakirodalmi összefoglalók egyetértenek abban, hogy a női és a férfi szerhasználat elterjedtségében egyre csökken a különbség (ún. konvergencia-hipotézis), a női szerhasználat témakörét jelentős ellentmondások (paradoxonok) övezik, s a téma megértéséhez szükséges a diverzitás felismerése és az interszekcionalitás alkalmazása. A lányok/nők szerhasználatára jellemző, hogy az első szerhasználat után gyorsabban válnak függővé (ún. teleszkóp-hatás), és a partnernek jelentős hatása van (ún. partner-hatás). A szerhasználó nők élettörténetében gyakrabban jelenik meg az erőszak és a traumatikus élmény. A lányok/nők kevésbé részesülnek megfelelő, hatékony ellátásban, részben a női szerhasználat társas-társadalmi megítélése, részben a szolgáltatók implicit elvárásai miatt (ún. kettős standard; ún. pszichopatológia sztereotípia).

A szerhasználó nők rejtőzködőbbek, félnek a társas-társadalmi megítélés következményeitől. Az ún. *teleszkóp-hatás* (Piazza–Vrbka–Yeager, 1989; Randall és mtsai, 1999; Kushner és mtsai, 2011) azt írja le, hogy az első szerhasználat után a lányok/nők gyorsabban válnak függővé, megvonási tüneteik súlyosabbak, valamint magasabb arányban számolnak be depressziós és szorongásos zavarokról. Ennek a jelenségnek a hátterében szintén ellentmondásokra és a társadalmi megítélés következményeire utalnak a szerzők (uo.). Gyakran számolnak be arról is, hogy egy férfi partner „segítségével" kezdődött a szerhasználatuk (ún. *partner-hatás,* lásd Tuchman, 2010), például az injekciós szerhasználó nők körében jellemzőbb a tű és más eszközök megosztása a partnerrel (Taylor, 1993). A nők gyakran függő viszonyban vannak a partnerrel (érzelmileg és gazdaságilag). Ezzel összefüggésbe hozható az az általános probléma, miszerint a nők kevésbé rendelkeznek társas/gazdasági tőkével (APA, 2007, 2018). A szerhasználókkal foglalkozó szakembereket befolyásolja a *kettős standard* (uo.), amely alapján más viselkedést várnak el a lány/nő és a fiú/férfi klienstől, valamint másfajta, a szerepmintából fakadó betegséget fogadnak vagy várnak el tőlük *(ún. pszichopatológiai sztereotípia).* Ez utóbbi kapcsolatban áll a visszaesés gyakoriságával (uo.).

A szerhasználó nőket nem tekinthetjük valamiféle homogén, speciális populációnak, ez a kutatásokra és az ellátásra nézve is ártalmas lehet. A szerhasználó nőknek eltérő tapasztalataik vannak kultúrától, kortól, osztálytól, rassztól, szexualitástól és egyéb szociális identitásoktól függően (Martin–Aston,

2014; Neale és mtsai, 2018). Másfajta igényeik lehetnek a kezelésben a középosztálybeli, a várandós, a hajléktalan, az etnikai kisebbséghez tartozó, a börtönviselt vagy a szexmunkában dolgozó szerhasználó nőknek (Martin–Aston, 2014). Hangsúlyozandó, hogy e jellemzők között is dinamikus a kölcsönhatás, azaz (elméleti és gyakorlati) szakemberként fontos az *interszekcionalitás* alkalmazása (Poole–Dell, 2005; APA, 2007; Martin–Aston, 2014; Ettore, 2018).

Az ellátásba kerülő lányok/nők élettörténetében nagy arányban jelenik meg az *erőszak* (gyermekkori szexuális abúzus, párkapcsolati abúzus) és valamilyen *traumatikus élmény* (Csoboth–Birkás–Purebl, 2003; Poole–Dell; 2005; Covington, 2008; Covington és mtsai, 2008; Messina és mtsai, 2010; Hermann 2011; Najavits, 2017). A lányoknak/nőknek speciális igényeik lehetnek biológiai, pszichológiai és társadalmi okokból, ami elfogadó, nem előítéletes, támogató, valamint fizikailag és érzelmileg biztonságos ellátást tesz szükségessé (Ettore 1992, 2004; Straussner–Zelvin 1997; Ettore–Miles 2001). Ennek elérése érdekében szükséges a szerhasználó nőket bevonni az ellátások és a szakmapolitikai ajánlások fejlesztésébe, a női szerhasználatról összegyűjtött ismereteket pedig a szakemberek részére elérhetővé tenni. Szükséges továbbá a különböző egészségügyi és szociális szolgáltatások (pl. várandósgondozás, pszichiátria, infektológia, addiktológia) együttműködése egy integrált kezelés keretein belül, illetve az adott terület vizsgálata és fejlesztése (Covington és mtsai, 2008a; Covington 2008b; Fallot és mtsai, 2011; Messina és mtsai, 2010; Mulvihill és mtsai, 2018; Najavits, 2017; Poole–Dell, 2005).

1990 után megnőtt a kutatások érzékenysége a nemi különbségek és a szerhasználat vonatkozásában; a legfontosabb felismerés ezen a téren az volt, hogy a szerhasználó nők nagyobb mértékben *sérülékenyek*. Az eredmények szerint ez a sérülékenység komoly egészségügyi és szociális következményekkel jár, amelyek további genetikai, neurobiológiai, fiziológiai, pszichiátriai és pszichológiai jellemzői a mai napig vizsgálatok tárgyát képezik. Abban azonban egyetértés született, hogy e sérülékenységnek számottevő etiológiai, epidemiológiai összefüggései vannak a kórlefolyást, a komorbiditást és a kezelést illetően (Brown, 2002).

1. táblázat. A női szerhasználat jellemzői. A nemzetközi szakmai szervezetek női szerhasználatra vonatkozó legfontosabb megállapításainak összefoglalása (INCB, 2016; UNODC, 2018)

1. Elterjedtség	
Gyógyszerhasználat	• a nők könnyebben jutnak felírt narkotikumokhoz, szorongásoldókhoz • jellemző a visszaélésszerű használat (különösen a 30 évesek körében)
Droghasználat	• a droghasználók harmada nő
Injekciós droghasználat	• az injekciós szerhasználók ötöde nő
Korosztály	• a droghasználat tipikusan tinédzser vagy fiatal felnőtt korban kezdődik • a heroinhasználat korábbi életkorban jelenik meg, de kisebb adagokat használnak, és rövidebb ideig, kevésbé jellemző az injekciós használat • a vulnerábilis lányok körében (pl. hajléktalan) az injekciós használat már fiatal korban elkezdődik
Konvergencia	• csökkenő különbség a férfi és a női szerhasználat elterjedtsége között • kisebb a különbség fiatal korban, mint a felnőtt populációban
Szocioökonómiai státusz	• a magas jövedelmű országokban jellemzőbb a nők körében a szerhasználat, mint az alacsony- vagy közepes jövedelmű országokban. • erős összefüggés van a droghasználat, a munkanélküliség és a szegénység között (UNODC, 2014)
LMBTQ	• az illegálisszer-használat, az injekciós droghasználat és a drogfüggőség konzisztensen magasabb azoknál a nőknél, akik nőkkel létesítenek szexuális kapcsolatot • a transzgender nőknél az (injekciós) droghasználat jellemzőbb
„Teleszkóp-jelenség"	• az első használat után a kannabisz-, opioid- és kokainhasználat gyorsabban növekszik, mint a férfiaknál, és hamarabb jelennek meg droghasználathoz köthető problémás jelenségek • a metamfetaminokat a nők kezdik korábban használni, és jellemző a problémás használat
„Partner-hatás"	• a droghasználat (elsősorban a heroin) a droghasználó partnerhez köthető • az első injekciós használat is tipikusan máshoz, általában a partnerhez köthető

2. A szerhasználat oka	
Genetikai faktorok	• a genetikai faktorok 40–60%-ban számítanak a függőség potenciális kialakulásában
Szocializáció	• pl. kísérletezés, kortárs hatás, menekülés, pihenés jellemző motivációk a szerhasználatra
Öngyógyítás	• pl. stresszkezelés, megküzdés a válással, gyermek elvesztése, családtag halála, diszfunkcionális családi háttér, droghasználó családtag, párkapcsolati problémák, hangulatzavarok, szorongás, diétázás, krónikus fáradtság, fájdalomcsillapítás
Mentális betegségek (komorbiditás)	• nagyobb arányú depresszió és szorongásos zavarok, PTSD a lányok/nők körében
Trauma	• nagyobb arányú elszenvedett pszichológiai trauma (gyermekkori elhanyagolás, abúzus, szexuális erőszak)

Erőszak	• háromból egy nőt élete során ért valamilyen fizikai vagy szexuális erőszak. A kezelésbe kerülő nők 40–70%-a számol be arról, hogy valamilyen erőszak áldozata volt (Okuda és mtsai, 2011) • párkapcsolati erőszak, szexuális erőszak (gyermekkorban és felnőttkorban), szexuális kizsákmányolás, emberkereskedelem áldozatai • az erőszakot megtapasztalt nők 20%-a valamilyen pszichiátriai betegségtől szenved, pl. depresszió vagy PTSD

3. Következmények

Erőszak	• a szerhasználó nők ötször nagyobb eséllyel válnak nemi alapú erőszak áldozatává, mint a nem szerhasználó nők • a szerhasználat növeli a párkapcsolati erőszak megjelenését • a szerhasználó nők sokkal inkább áldozatai valamilyen erőszaknak, különösen akkor, ha várandósak vagy szexmunkásként dolgoznak (Benoit–Dambélé, 2015)
Fertőzések	• a nők sérülékenyebbek a fertőzésekre (HIV, hepatitis C stb.)
Szabadságvesztés	• a drogügyek miatt elítélt nők száma növekszik • drogügyek miatt elítélt nők aránya magasabb a férfiakénál • az elítélt nők kétharmada nem erőszakos drogügyek miatt van börtönben • az alacsony iskolázottságú és kevés munkalehetőséggel rendelkező nők a leggyakrabb résztvevői a drogkereskedelemnek • gyakran kényszerítés áldozatai • a legtöbbször „futárként” dolgozó nőknek nincs korábbi tapasztalata az illegális tevékenységben, és sokan külföldiek • alacsonyabb díjazásban részesülnek azonos feladat elvégzéséért • más kutatások szerint vannak nők, akik saját döntés alapján vesznek részt illegális tevékenységekben, s ez javíthatja a gazdasági-társadalmi mobilitásukat
Túladagolásos halál	• a túladagolásos halál a nők körében (a jó gazdasági hátterű országokban is) gyorsabb ütemben nőtt, mint a férfiak körében

3. Kezelésbe kerülés

Kevésbé jutnak a nők megfelelő számban megfelelő kezelésbe	• jelentős rendszerszintű, strukturális, kulturális, társadalmi és személyes akadályok • a női szerhasználói igényeket kielégítő ellátóhelyek hiánya • nagymértékű stigmatizáció (kiközösítettség élménye családjukban, szűkebb közösségükben, erőszakos partner vagy családtag, szexmunka felé fordulás vagy kényszerítettség) • a gyermekelhelyezés hiánya, a büntető attitűd a személyzet részéről, a távolság, a komplex biopszicho-szociális problémák
Kettős diagnózis kezelése rizikósabb	• rosszabb prognózis várható, az öngyilkosság előfordulása jellemzőbb (Hartwell, 2004)
Integrált ellátás javasolt	• pl. fertőző betegségek, abuzív partner elől menekülés, traumafeldolgozás, kezeletlen szorongás/depresszió, gyermekellátás

2. AZ ADDIKCIÓ ELMÉLETEI ÉS MODELLJEI A SZERHASZNÁLATTAL ÖSSZEFÜGGÉSBEN

A női szerhasználat mint téma évtizedekig tartó elhanyagoltságának hátterében feltételezhető, hogy az addiktív viselkedések, az addikció megértésében alkalmazott elméletek és modellek fogalmi keretrendszerének hiányosságai is állhatnak. Ez a fejezet áttekintést nyújt a jelenleg legismertebb értelmezési keretekről, bemutatja az addiktív viselkedések morális, medikális, pszichológiai és szociológiai modelljeit, összehasonlítja a klasszikus és modern szerhasználati paradigmákat és diskurzusokat: a patológiás, az ártalomcsökkentő és a fogyasztói paradigmák bemutatásán keresztül a régi és az új elméleti megközelítési lehetőségeket. A fejezet végén összehasonlítjuk az addiktológiai elméletek klasszikus és posztmodern megközelítéseit.

2.1. AZ ADDIKCIÓ ELMÉLETEI ÉS MODELLJEI

Az addikció témakörében az utóbbi évtizedekben a különféle tudományágakban (társadalomtudomány, bölcsészettudomány, természettudomány) végzett vizsgálatok alapján számos ismeretet és elgondolást összegyűjtöttek. Világszerte rendszeres adatgyűjtést folytatnak a szerhasználat elterjedtségének felmérésére, kvalitatív és kvantitatív módszertannal feltárják a szerhasználat és az addiktív viselkedés jellemzőit, a hatékony kezelés és ellátás feltételeit, a felépülés tapasztalatát és megfelelő körülményeit. Mindezek a tudományos módszerekkel gyűjtött adatok és ismeretek hozzájárulnak az addikció elméleteinek és modelljeinek megfogalmazásához, amelyek különféle fogalmi rendszerekbe szervezve leírását adják a jelenségnek. Az addikció elméleteinek és modelljeinek legnagyobb kihívása az, hogy egyszerre kellene megmagyarázniuk, hogyan működik a függőség egyéni és társadalmi szinten, milyen folyamatok zajlanak közben, és mi szükséges a kialakulásuk megelőzéséhez és a felépüléshez (West, 2001; Demetrovics, 2007).

A szerhasználat, a függőség és az addikció témaköre összetett szociálpolitikai és közegészségügyi elméleti és gyakorlati kérdéskör. Felmerülnek a (köz) egészségügyi, társas-társadalmi és az egyéni pszichológiai kockázati tényezők,

a társadalmi kontroll, a hatalom és a politikai erő, valamint a közgazdaság és a kultúra szerepe. Ugyanakkor a függőségek biológiai meghatározottsággal rendelkező jelenségek is, ezáltal közvetlenül kapcsolódnak az emberi testhez. Történeti-politikai és kulturális szempontok is determinálják, hogy mit tekintünk „optimális" viselkedésnek, és hol húzzuk meg a határokat a függőség és a szerhasználat normatív kategóriáiban. A függőség viszonylag friss orvosi fogalom, jóllehet maga a jelenség mindig is ismert volt az emberiség számára. A függőség fogalma egészen az utóbbi évtizedekig kizárólag a kémiai szerektől való függést jelentette, de a viselkedési addikciók feltárásával kiderült, hogy a testedzés, a szex, a munka, a szerencsejáték, a vásárlás vagy az internethasználat is függőséget okozhat (Griffiths, 1997; Demetrovics–Kun, 2009). Így az addikció vagy függőség szerekhez köthetősége egyre többször kérdőjeleződik meg. Orford (2001) amellett érvel, hogy a függőség kialakulásában nem is a szereknek van szerepe, hanem a céloknak, a tárgyaknak és a cselekményeknek. Erre jó példa az, hogy függőség szerek nélkül is kialakul, valamint az, hogy az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) diagnosztikai klasszifikációs rendszerébe (DSM5) 2013-ban visszavezették az addikció fogalmát, s ezáltal lehetővé vált a viselkedési addikciók tárgyalása. Az addikciók etiológiájának többféle megközelítése ismert, az ok és okozat összefüggését magyarázó elméletek négy modellben összegezhetők: morális modell; medikális modell, vagyis az addikció mint biológiai konstruktum; pszichológiai modell, vagyis az addikció mint pszichológiai konstruktum; és szociológiai modell (Walters, 1999). Az elméletek és modellek fontos sorvezetői az elméleti és a gyakorlati szakembereknek, és különböző megoldási javaslatokat nyújtanak a szakmapolitikus számára. A különböző kezelőhelyek és a terapeuták más munkamodellt használnak, ugyanakkor a gyakorlatban az integratív modelleket használják a leggyakrabban.

2.2. AZ ADDIKCIÓ ETIOLÓGIÁJÁNAK MODELLJEI

2.2.1. Klasszikus modellek

A klasszikus értelmezési keretek között a morális, a pszichológiai és a szociológiai modellt tartjuk számon. A pszichológiai és szociológiai értelmezés több modellt foglal magába, a vizsgálatok eredményei és az emberi psziché, valamint a társadalom jelenségeinek egyre pontosabb megértésével egyre bővültek a magyarázatok; itt ebből csak néhány példát mutatunk be.

Habár a morális modell elveszítette jelentőségét, mégis feltüntetjük, mert

mint a szerhasználat vagy a szenvedélybetegség értelmezési kerete megjelenik a hétköznapi és társadalmi diskurzusokban.

2.2.1.1. A morális modell

A *morális modell* a vallási megközelítésekben gyökerezik, elavultnak tekinthető, az addiktológiai terápiás megközelítések között nem tartjuk számon (Gerevich, 2008). Az addiktív viselkedést az egyén választásának, racionális döntésének tartja, s mivel azt feltételezi, hogy az egyén célja az öröm maximalizálása, az erre adott megfelelő válaszreakciónak a lehetséges fájdalom és büntetés tűnik. A kezelések célja az akaraterő fejlesztése. A 12 lépéses anonim önsegítő csoportok (pl. AA: Alcholics Anonymus, Névtelen Alkoholisták) használják a modell egyes elemeit. A modell értelmében az addikciót választó személyek morálisan elítélendők, ezért nem a rehabilitáció, hanem a büntetés a cél. Habár tudományos szempontból a morális modell elveszítette jelentőségét, a társadalmi (és politikai) diskurzusokban, valamint a szerhasználókkal szembeni attitűdökben gyakran megjelenő érvelés.

2.2.1.2. A medikális modell

A *medikális modell* az addikció neurobiológiai alapjait hangsúlyozza, megközelítése szerint az egyénnek nincs kontrollja a függőség felett. A biológiai mechanizmusokat két vezető elmélet magyarázza: a genetikai és a neuroadaptációs. Ez utóbbi az addiktív viselkedések egyik legnépszerűbb magyarázó elmélete, sőt Vrecko (2010) szerint az addikció azután vált univerzálisan elfogadott területté, miután az „agy betegségének" titulálták. A medikális szemlélet a betegségek nemzetközi osztályozási rendszereiben és diagnosztikus kézikönyvekben értelmezi a függőséget és szerhasználatot, olyan kifejezésekkel leírva, mint a visszaesések, sóvárgás, megvonási tünetek stb. A szerhasználók elvesznek a tünettan mögött, és maguk is nem-szubjektumként kezdenek magukra tekinteni, akiket a saját viselkedéseik vagy külső erők manipulálnak, habár ezek az erők belőlük is fakadhatnak. Az addikció egyik legvitatottabb, mégis legkitartóbb elmélete a betegségkoncepció, amelyben a függő személy az elveszített akaraterejének áldozata (Levy, 2013). Jó példa erre az, amikor a neuronok viselkedésével magyaráznak emberi viselkedéseket, mintha az intoxikált molekulák „elrabolnák a szerhasználó agyát". Ebből következik a teljes prohibíció mint megoldás. De a szerhasználók hoznak döntéseket, az aka-

rat elválaszthatatlan az emberi létezéstől (Vrecko, 2010; Barratt, 2011; Levy, 2013). Az ebben a modellben megfogalmazott betegségtudathoz kapcsolódó öngondoskodás fontosságának felismerése kiemelt mérföldkő az addiktológiai elméletekben.

„*...az addikció egy kóros tanulási folyamat. Az addiktív kémiai anyagok által az agyi jutalmazó központokban található serkentő szinapszisokban kiváltott irreleváns tanulás olyan viselkedési mintákat kódol az élőlénybe, amely sokszor akár a létfenntartáshoz szükséges viselkedési elemek végrehajtását is meggátolja. Ennek következményeként kiemelkedő jutalomértéket kap az agytól a kémiai anyag, lecsökken a természetes eredetű jutalmak jelentősége, megszűnik a kognitív gátló kontroll ereje a viselkedés felett, és kialakul a megszállott, megrögzött szerfogyasztás.*" (Katona, 2009: 310.)

2.2.1.3. A pszichológiai modell

A *pszichológiai modellben* az addikció egy olyan konstruktum, amelyben az egyén–viselkedés–környezet interakció áll a középpontban. A pszichológiai modelleket Koski-Jännes (2004) a „miért" és a „hogyan" modellekre bontja. Előbbi az addiktív viselkedések funkciójára és motivációjára fókuszál, utóbbi a viselkedések szerkezeti felépítésére és folyamataira. Némelyik modell a „miért"-et és a „hogyan"-t ötvözi, de alapvetően az egyikre fókuszálnak. A pszichológiai modellhez különféle megközelítések (pszichodinamikus, kognitív-viselkedési, tárgykapcsolat-elmélet, családdinamikai stb.) és fogalmak kapcsolódnak (pl. automatikus feldolgozás, tanulás, utánzás, pozitív visszacsatolás, tanult szükségletek, önszabályozó és drive-elméletek, lásd 1. táblázat). A közös jellemző ezekben az, hogy vannak olyan kielégítetlen pszichológiai szükségletek, amelyek fájdalmat, frusztrációt okoznak, s az addikció ezek kezelésében segít. A modell egyik legjobban ismert alapvető fogalma az öngyógyszerelés (szelfmedikalizáció, Khanitzan, 1997) – ennek értelmében az addikció azért funkcionális, mert a szenvedést csökkenti. Ez a megközelítés a leginkább alkalmas arra, hogy a rekreációs célú szerhasználatot magyarázza. A negatív érzelmi állapot az addiktív viselkedés kiváltója, ugyanakkor következménye is, s ez hozzájárul az addikció fenntartásához. „Túllépve ugyanis azon a megállapításon, hogy a droghasználat maga, számos egyéni és társas következményét tekintve destruktív magatartás, az igazi kérdés az lesz, hogy mi lehet az »előnye«, ami miatt mégis kialakul" (Demetrovics, 2009: 321).

A motivációs elméletekben a szerhasználó vagy addiktív személy ágensebb

– ebben az elképzelésben az addikció nem a kontrollvesztés manifesztációja, hanem a humán motivációs működés egyik megjelenési formája, vagyis a látszólag kontrollvesztett állapot valójában az egyén válasza a környezetre és a lehetőségeire (Gillford–Humphreys, 2007). A motivációs modellek (pozitív–negatív visszacsatolás, elvárások, énhatékonyság stb.) ilyen módon az egyébként teljesen irracionális viselkedésmintázatokra adnak magyarázatot. A szociális kognitív perspektíva az önregulációs képességek megismerésében volt úttörő. Bandura (1999) az énhatékonyságot egy olyan kulcsfontosságú tényezőnek tartja, amely az ágencián keresztül a motivációkat és a cselekvéseket szervezi. Az énhatékonyság meghatározza az egyéni célokat és azt, hogy a személy milyen erőforrásokat képes mozgósítani azok elérésére. Ez a megközelítés a szenvedélybeteget aktívnak, cselekvőnek látja a biológiailag indukált sóvárgás kialakulásában, ezért a kezelésben az addiktív viselkedés elkerülésére kognitív és viselkedési regulációs technikákat tanítanak (pl. vizualizációs technikák a legrosszabb következmény elképzelésére).

Számos az addikcióra magyarázatot szolgáló mechanizmust felfedeztek és megannyi modellt alkottak meg, amelyek a probléma bizonyos aspektusait képesek megragadni. Ezek a modellek igen változatosak, és nem lehet ezeket egy hierarchikus rendszerbe rendezni. Ugyanakkor heurisztikus célból két csoportra bonthatjuk: az egyénre és a közösségre fókuszáló modellek (lásd 2. táblázat). Az egyénre fókuszáló modelleken belül West (2013) megkülönbözteti az automatikus feldolgozás, a választás, a célközpontú, az integratív és a feldolgozás-és-változás, valamint a biológiai elméleteket. A közösségre fókuszáló elméletekben a társas hálózat, a gazdasági, a kommunikáció/marketing és a szervezeti rendszerek modelljét különbözteti meg. Az egyik összefoglaló modell a COM-B-modell, amely felismeri, hogy a viselkedés (*behaviour* = B) komplex jelenség, amely a képesség (*capability* = C), a lehetőség (*opportunity* = O) és a motiváció (*motivation* = M) összetevőkből áll. Ebben a modellben az addikciót úgy értelmezhetjük, hogy az egyénnek vannak bizonyos pszichológiai és fizikai képességei (C) (pl. szelfregulációs képesség, tanulási képességek, reagálás a büntetésre, szabályok betartása stb.), a lehetőségeket (O) a társas és fizikai környezet nyújtja (pl. a viselkedésre adott büntetések és jutalmak forrásai, a szerhasználat pénzügyi következményei stb.), és a motivációk (M) az adott pillanatban (pl. érzelmi szükséglet, öröm és elégedettség forrása, a visszautasítástól való félelem stb.). A motiváció lehet reflektív vagy automatikus: mérlegeli a ráfordított energiát és a kimenetelt (költség-haszon elv), vagy magában foglalja a drive-okat, az érzelmi feldolgozást és szokásokat (pl. egy intenzív érzelem/szükséglet egy cselekvésben való részvételre).

2. táblázat. Az addiktív viselkedés pszichológiai modelljének osztályozása (West, 2013: 32)

Egyéni	Automatikus feldolgozás elméletek	Tanuláselméletek
		Drive-elméletek
		Inhibícióműködési zavar elméletek
		Utánzáselméletek
	Választáselméletek	Racionális választás elméletek
		Előhuzalozott választás elméletek
	Célközpontú elméletek	Pozitív jutalom elméletek
		Tanult szükségletek elmélet
		Alapvető szükségletek elmélet
	Integratív elméletek	Önszabályozó (szelfregulációs) elméletek
		Integratív elméletek
	„Feldolgozás és változás"-elméletek	
	Biológiai elméletek	
Közösségi	Társas hálózat elméletek	
	Gazdasági elméletek	
	Kommunikáció-/marketingelméletek	
	Szervezeti rendszerek modellek	

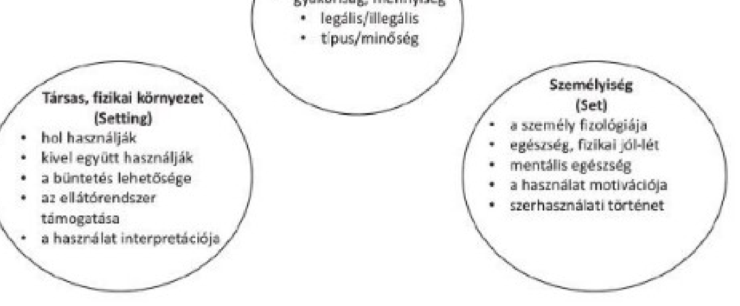
A modellhez tartozik a sokat vitatott és hosszas vizsgálatok után elvetett (Gaines–Connors, 1982; Cox, 1985; Walters, 1995) elképzelés az „addiktív személyiségről", amely szerint az addiktív személyek nem képesek nem-addiktívvá válni, csupán arra tudjuk őket kondicionálni, hogy mi legyen az addiktív viselkedés tárgya. Az addikciók közötti átfedés sokkal inkább magyarázható az életstílussal vagy életkörülményekkel, mint a személyiség jellemzőivel. A másik ellenérv szerint az „addikt személyiségjegyek" sokkal inkább az addiktív viselkedés hatására alakulnak ki, nem voltak korábban jelen. Emellett a kulturális és környezeti tényezők is komoly szerepet játszanak abban, ahogyan az egyének megküzdenek egy helyzettel, megoldanak egy problémát. Bár biztosan vannak olyan stratégiák, amelyeket a szenvedélybetegek többsége használ, mégis sokkal több az egyéni különbség, mintsem hogy azt egy – minden szenvedélybetegre jellemző – személyiségjeggyé lehessen tömöríteni (Miller–Rollnick, 1991). A függőség mint pszichológiai konstruktum megközelítése kiválóan példázza, hogy ugyan az addiktív viselkedésnek nagyon sok köze van az agy működéséhez, de nem csak a biomedikális magyarázatai lehetnek érvényesek, különösen, ha az intervenció vagy a prevenció felől is szeretnénk

megérteni (Gifford–Humphreys, 2007). A pszichológiai modell egyik legfontosabb kritikája az volt, hogy kevés figyelmet fordított a kontextusra.

2.2.1.4. A szociológiai modell

Ezt a hiányt pótolta a *szociológiai modell,* más néven a *szociológiai konstruktum* megközelítés, amelyben az addiktív viselkedés értelmezését kiegészítette a társadalmi aspektus. A szociológiai modell pszichológiai és neurobiológiai összefüggések mellett jelentősen hozzájárult az addiktív viselkedések megértéséhez. A szociológiai modellek az addiktív viselkedést mint deviáns – az adott társadalom normáitól eltérő – magatartást a családi szocializáció, a kortárs-hatás, a média és a szubkultúrák hatásaként is értelmezték. Számos szociológus érvelt amellett, hogy az addikció társadalmilag és kulturálisan is konstruált fogalom, így a szerhasználói viselkedés tüneteinek értelmezését is bizonyos körülmények között határozzuk meg (Reinarman, 2004). Zinberg (1984) klasszikus modelljében a drog, a droghasználó személyisége (set) és a társas, fizikai környezet (setting) egymásra hatásával jellemzi az addikciót. Zinberg azzal érvel, hogy a biológiai folyamatok (megvonás, sóvárgás, visszaesés) nem egyértelmű eredményei a használatnak, hanem figyelembe kell venni a társas-társadalmi környezetet és a pszichológiai változókat is. Zinberg szerint a használt szer tulajdonságai (legális/illegális, típus/minőség) és a használat jellemzői (gyakoriság, mennyiség) a társas fizikai környezet (hol, kivel együtt használják, a büntetés lehetősége, az ellátórendszer elérhetősége, a szerhasználat társadalmi értelmezése), valamint a szerhasználó személyisége (fizikai és mentális egészsége, testfelépítése, a szerhasználat motivációja, története) (Zinberg, 1984/2005).

1. ábra. Zinberg (1984) modelljének adaptációja



Pikó (2009) a társas-társadalmi környezet szociológiai elméletei közül a funkcionalista, az ökológiai, a kultúra- és szubkultúra-elméleteket, a szimbolikus interakcionizmus elméletét, a fenomenológiai megközelítést, a konfliktusmodellt, valamint a rizikó- és protektív elméletet emeli ki. A funkcionalista elméletek alapfogalma az anómia vagy normanélküliség; ez egy olyan társadalmi állapot, amelyben sokkal jellemzőbbé válhat a deviáns, mint az addiktív viselkedés (pl. az 1960-as évek ellentmondásos morális közege, amikor a normák átalakulnak vagy reformálódnak). Az ökológiai elméletek az 1920-as évekbeli Chicagói Iskolához köthetők, és urbanizációs jelenségként tekintenek a deviáns jelenségekre, azt vizsgálják, hogy a város működése hogyan hat a viselkedésre. A kultúra- és szubkultúra-elméletek azt tudják értelmezni, milyen szimbolikus jelentései vannak a szerhasználatnak, hogyan alakulnak ki az olyan koncepciók, mint pl. a parti-élmény. „A szimbolikus interakcionizmus elméletei a deviáns módon viselkedő egyén, valamint a társadalmi kontroll megtestesítőjeként értelmezhető intézmény közötti interakció fontosságát emelik ki." (Pikó, 2009: 361.)

2.2.2. Modern szerhasználati paradigmák és diskurzusok

Az új pszichoaktív szerek használata és elterjedése a korábbi addiktológiai elméletekben és gyakorlatban is paradigmaváltást indított el. A fejezetben három, elsősorban droghasználattal összefüggő elméleti paradigmát (drogdiskurzust) mutatunk be: a patológiás, az ártalomcsökkentő és a fogyasztói modellt. Ezek a diskurzusok együtt hoznak létre egy „többrétegű mozaikot" (Seddon, 2007), amelyek megmutathatják a szerhasználat jelentését. A különböző paradigmák helytelen értelmezése vagy szélsőséges alkalmazása hatással lehet a szakmapolitikai döntésekre és végeredményben az intervenciók hatékonyságára, pl. bizonyos közegészségügyi intervenciók kevésbé hatékonyak vagy hatástalanok lesznek, a szerhasználók stigmatizációja növekszik.

2.2.2.1. A szerhasználat patológiás modellje

A patológiás vagy hiány-paradigma az egyik legjellemzőbb modell, amelyben a szerhasználatot értelmezik (O'Malley–Mugford, 1991; Southgate–Hopwood, 1999; Moore, 2002; Karlsson, 2010). A patológiás modell a szerhasználót (főleg, ha függő) alapvetően a normálistól eltérő, deviáns személynek láttatja, akinek valamilyen személyiségproblémája vagy társadalmi pozíciójából faka-

dó hátránya van (Southgate–Hopwood, 1999). A patológiás modell alapvető törekvése a használat csökkentése (Caulkins–Reuter, 1997). Értelemszerűen a szerhasználat korlátozásában gondolkodik, de a különböző szerek tudományos vagy orvosi felhasználását is megengedi. A használatcsökkentő megközelítések az orvosi célzatú szerhasználat csökkentésére törekednek – az egyéni szerhasználóra vonatkozó ártalmak (vagy előnyök) mérlegelése nélkül. Mivel a szerhasználatot eredendően „abnormálisnak" tartja, a nem problémás, de nem orvosi célú használat láthatatlan a patológiás modell számára. Ebben a paradigmában az ideális társadalom „drogmentes" (Caulkins–Reuter, 1997), és azt feltételezi, hogy a pszichológiai és szociológiai értelemben vett „normális" emberek nem használnának illegális szereket (O'Malley–Mugford, 1991). A használatcsökkentő irányelvek ellentétesek az ártalomcsökkentő elképzelésekkel.

A patológiás modellben végzett kutatások nagy része a szerhasználat kockázati és védő tényezőinek feltárásával foglalkozik. Hawkins, Catalano és Miller (1992) tizenhét társadalmi, interperszonális és egyéni kockázati tényezőt gyűjt össze, amelyek prediszponálnak a droghasználatra. A modell értelmében az olyan tulajdonságok, mint a súlyos gazdasági depriváltság, a szegényes családi kötelékek, a kortársak ellenszenve az iskolában vagy a viselkedési zavarok, alapvetően hajlamossá teszik az embereket a droghasználatra. A védő tényezők feltárásának célja annak a magyarázata, hogy bizonyos személyek a számos kockázati tényező ellenére miért nem válnak droghasználóvá. A kockázati és védő tényezők a prevenciós stratégiák kidolgozásában bizonyulhatnak hasznosnak (Hawkins és mtsai, 1992; Swadi, 1999). Például bizonyos iskolai drogprevenciós programok a kortárs-hatásnak való ellenállás képességeinek fejlesztésére vagy a droghasználattal összefüggő információk átadására vállalkoznak (Karlsson, 2010), arra a feltételezésre alapozva, hogy a diákoknak hiányoznak az ismereteik és a társaskonfliktus-megoldó képességeik. Bár a patológiás modell és a kockázati tényezők ismerete segíthet megérteni azoknak a droghasználóknak a jellemzőit, akik nem funkcionálnak megfelelően, azokat, akiknek a szerhasználat nem okoz gondot, teljesen figyelmen kívül hagyja. A patológiás modell nem alkalmas a rekreációs, alkalmi és kontrollált droghasználat értelmezésére sem (Zinberg, 1984; Parker, 2003).

Számos kutató kiemelte a patológiás modell konceptuális hiányosságait, amelyek leginkább az ágencia, az öröm és a kontextus oldaláról ragadhatók meg (vö. Zinberg, 1984; O'Malley–Mugford, 1991; Hunt–Moloney–Evans, 2009; Moore, 2008; Brook, 2010). Az ágencia szempontjából a patológiás modell a szerhasználókat (különösen a függőket) áldozatként látja és láttatja, akik az egyéni hiányosságaik és a társadalmi kockázatok miatt szakértői intervenciót igényel-

nek prevenció vagy kezelés formájában. Alapvetően passzív, kockázatos vagy problémás szerhasználóknak tartja őket, akik veszélyeket hordozó szerhasználói mintázatokkal bírnak (Hunt és mtsai, 2009). Annak ellenére, hogy az örömszerzés a szerhasználat egyik legalapvetőbb motivációja (Jay, 1999; Gossop, 2000), ez teljesen hiányzik a patológiás modellből (O'Malley–Valverde, 2004; Moore, 2008; Hunt és mtsai, 2009), hiszen ez a diskurzus a szerhasználatot alapvetően „abnormális" és destruktív viselkedésnek tartja. Ez a modell a farmakocentrikus magyarázatokra fókuszál, figyelmen kívül hagyva a társas kontextust, amelyben a szerhasználat zajlik (Zinberg, 1984; Decorte, 2001; Hunt és mtsai, 2009). A szerek tulajdonságait külön kezeli a szerhasználók jellemzőitől, attól a ténytől, hogy a szerhasználat élmények, emberek és a társas-kulturális kontextus által létrehozott konstrukció is (Hunt–Barker, 2001; Hunt–Evans–Kares, 2007).

2.2.2.2. Az ártalomcsökkentés modellje

Az ártalomcsökkentés definíciója régóta vitatott (Keane, 2003; Jourdan, 2009). A tágabb definíció, amely magában foglalja a szakmapolitikai és a gyakorlati szempontokat is, a szerhasználat ártalmainak csökkentését jelenti, amely minden személy számára elérhető, és amely minden szakmai irányelvbe bevonható attól függően, hogy mit értünk „ártalom" alatt (Saunders–Marsh, 1999; Hathaway, 2001). Az ártalomcsökkentés szűkebb definíciója nem illeszthető be olyan programokba, amelyekben az absztinencia szerepel (pl. Lenton–Single, 1998; Riley és mtsai, 1999). A gyakran emlegetett meghatározás szerint az ártalomcsökkentés legfontosabb célja a szerhasználathoz köthető ártalmak csökkentése és nem a szerhasználaté per se (Lenton–Single, 1998).

Az ártalomcsökkentés a patológiás modellel való elégedetlenség hatására alakult ki az 1980-as években az injekciós droghasználókat is sújtó HIV-/AIDS-problematika terjedése nyomán (Stimson–O'Hare, 2010). Amíg a patológiás modell alapvetően az injekciós szerhasználat csökkentését tűzte ki célul, addig e cél mellett az ártalomcsökkentő megközelítés a tiszta tűk és injektáló felszerelések biztosításával is igyekezett akadályozni a vírus terjedését. A már függők további károsodását, izolációját, stigmatizáltságát igyekezett csökkenteni, amellett, hogy a reintegrációjukat, felépülésüket mint további lehetséges célt sem ejtette. A tű- és fecskendőcsere bevezetésével a HIV-fertőzés terjedésének üteme csökkent, így az ártalomcsökkentés a drogpolitikák egyik legsikeresebb elemévé lépett elő (Ritter–Cameron, 2006).

Az ártalomcsökkentés modellje a (legális és illegális) droghasználat elfoga-

dásán alapszik. A szerhasználatot olyan univerzális jelenségnek tekinti, amely a „normális" élet része, s amelynek lehetnek előnyei és hátrányai is (Caulkins–Reuter, 1997; Lenton–Single, 1998; Saunders–Marsh, 1999; Gossop, 2000; Jourdan, 2009). Így az ártalomcsökkentés tulajdonképpen a – domináns – patológiás modell közvetlen kritikusává vált. Bár az ártalomcsökkentő modellben van lehetőség a nem-problémás droghasználat értelmezésére, a legtöbb ártalomcsökkentő irányelv a szerhasználók kisebbségével foglalkozik, azokkal, akiknek a szerhasználata a legártalmasabb (Ritter–Cameron, 2006). Az injekciós droghasználók vagy függők sokkal gyakrabban célcsoportjai az ártalomcsökkentő szakmapolitikáknak és programoknak, ugyanakkor a kannabiszhasználók azok, akiket a jogi reformok és a dekriminalizációs törekvések leginkább érintenek; a rekreációs szerhasználók vagy a partidrogok használói is ritkán kerülnek említésre (Room–Fischer–Hall–Lenton–Reuter, 2010). Duff (2004) szerint az ártalomcsökkentő megközelítés ilyenfajta ignoranciája a szerhasználat örömfogalmában keresendő, vagyis abban, hogy ez a megközelítés mennyire fogadja el azt, hogy a szerhasználat motivációja lehet az örömszerzés is. További ok lehet az, hogy a drogpolitikák előtérbe helyezik a szélesebb közösség egészségét. Rowe (2005) szerint az ártalomcsökkentés egy elképzelt nem-szerhasználó közösség érdekeit helyezi előtérbe, akiket a fertőző betegségektől és bűnözéstől meg kell védeni, és csak másodlagos a szerhasználók jóllétének a biztosítása. Habár ismertek a partidrogok ártalmai, ezek kevésbé érinthetik a lakosságot úgy, mint egy HIV-járvány. Az ártalomcsökkentő diskurzuson belül a szerhasználó személyeket általában a saját döntésükért felelősséget vállaló személyként jelenítik meg. Ez azonban felvet egy olyan dilemmát, amelyben a felelősséggel bíró személy feltételezése és a szerhasználat révén az adott környezet társas-kulturális szabályainak szándékos megsértése egymással szemben álló / egymást kizáró feltételezéseknek tűnnek (Fraser, 2004; Moore–Fraser, 2006). Ez az ütközés ahhoz a következtetéshez vezethet, hogy a szerhasználó „maga keresi a bajt", míg az egészséget befolyásoló, rajtuk kívül álló társas és strukturális tényezőket negligálják (vö. morális modell). Ezek a kritikák az ártalomcsökkentés neoliberális szubjektivitására hívják fel a figyelmet: a személyeket arra ösztönzik, hogy változtassák meg a viselkedésüket azért, hogy csökkentsék a kockázatot maguk és mások számára. Továbbá, az ártalomcsökkentő (és közegészségügyi) modellek általában „értéksemlegesnek" vallják magukat (Hathaway, 2001). Lupton (1995) szerint azonban nem értéksemlegesek, hiszen a mögöttes elképzelés az, hogy az egyes személyeknek szem előtt kell tartaniuk az egészségüket („egészség-imperatívusz"). Ezért az ártalomcsökkentő modell kritikájaként megfogalmazódott az, hogy kevéssé tudja értelmezni a droghasználatból fa-

kadó előnyöket és örömöket (Hathaway, 2001; O'Malley–Valverde, 2004), és a kockázatkerülés oktatásával növeli az öngondoskodásra való képességet a szerhasználók körében (Miller, 2001).

Az ártalomcsökkentés modellje a patológiás modell ellentéteként jött létre, a szerhasználathoz köthető ártalmak csökkentésére, de a szerhasználat feladásának feltétele nélkül. Az ártalomcsökkentő modell semleges morális álláspontot képvisel a szerekkel kapcsolatban. Ebből a szempontból az ártalomcsökkentés a patológiás modell alternatíváját nyújtja.

2.2.2.3. A fogyasztói (társadalmi) modell

A fogyasztói modell képviselői amellett érvelnek, hogy az online tér mint kereskedelmi platform megjelenésével a drogokat árucikként is érdemes mérlegelni (Mugford, 1991; Parker, 1999; van Ree, 2002; Duff, 2003; Measham–Brain, 2005; Olsen, 2009; Brook, 2010). Ebben a keretrendszerben a droghasználat a késői kapitalizmus szociológiai kontextusában értelmeződik, amelyben az öröm és az örömszerzés – a patológiás és az ártalomcsökkentő modellekkel szemben – központi fogalom. A nyugati kapitalista társadalmakban a fogyasztás felhívás arra, hogy „érezzük jól magunkat" (Mugford, 1991; Measham–Brain, 2005). Ebben a modellben a drogok egyszerű árucikkek: olyan termékek, amelyeket azért fogyasztunk, hogy a tudat vágyott állapotát elérjük.

A szerhasználat ilyen jellegű értelmezése sokkal inkább konformista viselkedésként látja azt, ami más modellben „abnormális" vagy deviáns viselkedésként jelenik meg (Duff, 2003a; Mugford, 1991; Olsen, 2009; Parker, 1999; van Ree, 2002). A fogyasztói modell a rekreációs droghasználatot valójában normalizálja az „intoxikáció kultúrájában", amelyben az egyének azért szórakoznak, vesznek részt pihentető programokon, hogy intoxikálódjanak („szándékos részegség" vagy „mértéktelenség", lásd Measham–Brain, 2005; Measham, 2006).

Miközben a fogyasztás eszméje mindent átjár a nyugati társadalmakban (Miles, 1998), az általános diskurzusban ritkán merülnek fel az illegális szerek (Bright–Marsh–Smith–Bishop, 2008). Race (2005) szerint az illegális szerek speciális szerepet töltenek be ezekben a nyugati társadalmakban. A legtöbb „bűn" a piaci elvárásoknak és a jogszabályoknak megfelelően kezelt (teljesen: pl. alkohol, dohánytermékek; részben: pl. prostitúció, szerencsejáték, pornográfia). A „bűnös" piacok megnyitásához a kormányzatoknak gazdasági érdeke fűződik, kivéve az illegális drogok esetében. Ezért azok a személyek, akik illegális drogokat használnak, ellentmondásos helyzetben találják magukat: a fogyasz-

tói társadalom bizonyos fajta hedonizmust támogat, míg egy másik fajtát tilt (Mugford, 1991; Race, 2005). Az addikció támogatott addig, amíg az a legális szerekre vonatkozik (pl. reklámok, amelyek az „addikció mítoszával" adnak el árucikkeket, tevékenységeket, pl. „egy sosem elég" csokoládéreklám). A fogyasztás identitásképző helye is egyre erőteljesebb. A tradicionális társadalmi struktúrák elhalványodnak, s az egyre individualizálódóbb társadalomban az emberek az identitásukat sokszor a fogyasztási választásaikból és azok szimbolikus jelentéséből rakják össze (Measham–Brain, 2005; Petersen–Davis–Fraser–Lindsay, 2010). Ugyanakkor a kapitalista társadalmak kormányai egyre inkább képesek kontrollálni az állampolgárokat a megfigyelés és monitoring modern lehetőségeivel (Hayward, 2002). A fiatalabb generációnak kevesebb a szabadsága az élet legtöbb területén, mégis sokkal több a fogyasztási lehetősége, mint bármikor korábban. Az intoxikáció kultúrájában (Measham–Brain, 2005) a fiatalok arra „kárhoztatnak", hogy intoxikálódjanak, de azzal a feltétellel, hogy kezelik az azzal járó kockázatokat, vagyis egyfajta „kontrollált kontrollvesztés" vagy „kiszámítható hedonizmus" válik lehetővé számukra (Measham, 2004; Szmigin és mtsai, 2008). Measham úgy definiálta a kiszámítható hedonizmus fogalmát, mint egy egyensúlyozó tevékenységet, amelyben a szerhasználó egyszerre tesz erőfeszítéseket arra, hogy elérje az intoxikáció állapotát és elkerülje a nem vágyott állapotot (Measham, 2004). Hayward (2002) szerint az olyan identitáskonstruáló gyakorlatok közepette, amelyek lehetővé teszik a kontrollált kontrollvesztést, a droghasználat (új) motivációja a bizonytalanság és a túlkontrolláltság közötti disszonancia feloldása lehet. Az önkéntes kockázatvállalás (akár droghasználat, akár ejtőernyőzés formájában) olyan lehetőséget adhat, amelyben az emberek kitörnek a kapitalista társadalmak evilági rutinjából (Lupton–Tulloch, 2002). Az illegális drog ráadásul egy olyan formája lehet a lázadásnak, amelyben a használó képviseli az ellenállást a rendszerrel szemben (vö. „ellenszegülő fogyasztás", Ree, 2002; vagy „egészség-ellenállás", Crossley, 2002).

2.3. AZ ADDIKTOLÓGIAI ELMÉLETEK KLASSZIKUS ÉS POSZTMODERN MEGKÖZELÍTÉSEI

Az addiktológia elméleteket összefoglalva, megkülönböztethetjük a klasszikus és a posztmodern megközelítést. Ezek a megközelítések az addiktológia tárgyának alakulásával változtak, és párhuzamosan, egymásra hatva vannak jelen a mindennapi gyakorlatban és a kutatásokban. A megkülönböztetés lehetséges, de talán nem ennyire radikálisan szétválasztható a mindennapok-

ban. A klasszikus megközelítések (morális, medikális, patológiás modellek) az addikció betegségjellegére fókuszálnak, míg a posztmodern megközelítések (pszichológiai, szociológiai, közegészségügyi, fogyasztói modell) hatékonyabban integrálják az addiktív viselkedések személyiségtényezőit és a fizikai, társas környezet összetevőit. A klasszikus megközelítésben a szerhasználókat (főleg, ha függők) betegeknek tartják, akik egyszerre öntudatlan áldozatai a betegségüknek, ugyanakkor morálisan elítélendők, mert nem tudnak megfelelni a döntéseikért és viselkedésükért felelősséget vállaló emberről kialakított képnek. A posztmodern felfogás elfogadja a rekreációs célú használatot s azt, hogy a szerhasználat vagy a viselkedési addikció örömet okoz az egyénnek, s hogy ez mennyire válik problémává számára, a társadalom felelőssége is. A posztmodern megközelítés szerint nem az absztinencia, hanem a tudatosság fontos. (Lásd 3. táblázat.) A posztmodern megközelítés érzékenyebb az egyenlőtlenségekre (rassz, nem, osztály stb.). Az addiktológia posztmodern megközelítései a női szerhasználat megértését, elfogadását is elősegítették.

3. táblázat. Az addiktológiai értelmezési keretek, a klasszikus és a posztmodern megközelítésének összehasonlítása – összefoglaló táblázat

Klasszikus megközelítés	Posztmodern megközelítés
· az addikció betegségjellegére fókuszál; · a szerhasználatot deviáns viselkedésnek tekinti, amely stigmatizál és marginalizál; · a szerhasználók morálisan elítélendők; · az „addikció betegsége" valahogyan kódolva van a testben; · az egyes szerek/addikciótípusok hierarchiába szerveződnek – külön kezelhetők; · a cél az absztinencia, nem az ártalomcsökkentés; · a kezelés célja a szerhasználók rehabilitációja és társadalmi reintegrációja; · csak a felépülteknek vannak jogai, és azok is korlátozottak	· hatékonyabban kezeli a társadalmi egyenlőtlenségeket – interszekcionalitás (pl. nem, etnikum); · elismeri a szerhasználók/függők alapvető emberi jogait; · a szerhasználatot társadalmi ügynek tekinti, amit kulturálisan alakítottunk társadalmi problémává; · a legfontosabb cél nem az absztinencia, hanem a tudatos szerhasználat; · a szerhasználói kultúrák polidrog-kultúrák

3. A NŐI SZERHASZNÁLAT ELHELYEZÉSE AZ ADDIKCIÓ ELMÉLETEIBEN

Évszázadok óta használnak az emberek különböző szereket arra, hogy megváltoztassák pszichés állapotukat, vagyis tudatmódosításra, fájdalomcsillapításra, a pihenéshez, vagy a képességeik, energiájuk megnövelésére, továbbá kulturális vagy vallási rituálékhoz (Völger – von Welck – Legnaro, 1981). A pszichofarmakológus Siegel (1989) amellett érvel, hogy a szerhasználat motívuma (a tudatmódosítási szükséglet) éppen olyan alapvető emberi szükséglet, mint az éhség, a szomjúság vagy a szex, s mindezt az állatvilágból vett példákkal támasztja alá (pl. madarak, macskák és tehenek körében is találtak példát arra, hogy valamilyen növényt vagy gyümölcsöt azért fogyasztanak, hogy másfajta állapotba kerüljenek) (Siegel, 1989). A szerhasználat motivációja sokat vitatott terület, amelynek értelmezését több modell igyekezett megmagyarázni (lásd 2. fejezet). A nők különböző okok miatt használnak szereket, amelybe beletartozik az öröm- és élményszerzés is. Ugyanakkor azok a nők, akiknek problémát vagy átmenetileg gondot okoz a szerhasználat, gyakran érezték magukat kívülállónak, stigmatizáltnak, a peremre sodródva, elítélve mások, a társadalom vagy akár a szakemberek által (Ettore, 2004). A nők hosszú utat jártak be, amíg megszerezték a „jogot" arra, hogy függők lehessenek, hogy függőként kezeljék őket, hogy láthatóvá váljanak a kezelésben a szakma és a szakmapolitika számára. Ez az újfajta láthatóság azonban több elméleti és gyakorlati kérdést felvetett (Brown, 2002). Ennek megértéséhez szükséges áttekinteni a női szerhasználat kezelésének történetét, hogy elhelyezhessük az addikció klasszikus és posztmodern megközelítésében.

3.1. A NŐI SZERHASZNÁLAT KEZELÉSÉNEK TÖRTÉNETE – A SZÉGYEN TÖRTÉNETE

A történeti dokumentumokból úgy tűnik, hogy a szerhasználat témakörén belül a nők és férfiak különböző megítélés alá esnek, a szerhasználatnak másfajta funkciója van, más motivációt feltételeznek. A női szerhasználat kezelésének története betekintést nyújt abba, ahogyan a ma ismert értelmezési és

értékelési keret kialakult a témában. A szerhasználat történetén belül az alkoholfogyasztás a legjobban dokumentált terület. A nők ugyanolyan régóta isznak alkoholt, mint a férfiak, fogyasztásuk legtöbbször mégis más megítélés alá esett. Az első tanulmány, amely a mértéktelen alkoholfogyasztás káros következményeiről szólt, az Amerikai Egyesült Államokban jelent meg, 1784-ben. Benjamin Rush, az amerikai pszichiátria egyik atyja a fennálló morális értelmezéssel szemben (amelyben a részegség mint bűn és a függőség mint választás jelent meg) az alkohol erős tudatmódosító jellegét hangsúlyozta, s az alkoholizmust az „akarat betegségének" hívta (vö. medikális modell). A későbbiekben többen kezdték alkalmazni a medikális modellt az alkoholbetegek kezelésére, ugyanakkor az alkoholt a gyógyászatban továbbra is használták (pl. a terhesség alatti diszkomfort csillapítására). A 19. században a viktoriánus értékrend az alkoholt a férfiakkal asszociálta, a nőknek sokkal inkább elnézték az ópiumhasználatot, mert azt nőiesebbnek tartották (ugyanakkor a női ópiátfüggőséget nem tartották elfogadhatónak). Az alkoholfüggő nőket óriási szégyen övezte, nem kaptak megfelelő ellátást, gyakran sterilizálásnak vetették alá őket. 1852-ben alakult meg a Női Mértékletesség társaság, mely a szesztilalom mellett érvelt. A „mértékletességi mozgalom" a 19. század vége felé az alkohol használatának egy mérsékeltebb, társadalmilag megengedett változatát támogatta. Az alkohol szerepe azért került előtérbe, mert nagyon sok nő lett erőszak áldozata a férjek ittassága miatt (Brown, 2002). Az 1800-as évek második felére a nők az absztinencia győzteseivé váltak, s az alkoholfüggő nőket szánalmas, sajnálatra méltó egyénekként ábrázolta a korabeli média. Ahogyan a női alkoholfogyasztáshoz társuló társadalmi stigma növekedett, az ivás otthoni – „zugivó" – formája egyre terjedt immáron alkoholalapú „gyógyszerek" bevezetésével, valamint új teret nyitott kifejezetten nőknek gyártott termékek előállítására (pl. olyan italok, amelyeket egy pohár titkos rekeszéből lehet elfogyasztani) (White–Kilbourne, 2006).

Mindeközben a nők választójogért vívott harca is elkezdődött. Így a 20. században a nők társadalmi szerepének változásával egyre gyakrabban lehetett látni a nőket alkoholt fogyasztani nyilvános helyeken férfiakkal együtt (Brown, 2002). A prohibíciós időszak alatt enyhült a női szerhasználattal szembeni előítélet, új közösségi terek jöttek létre (éjszakai klubok, táncos-zenés szórakozóhelyek), és a fiatal nők számára az alkoholfogyasztás és a dohányzás a szabadság szimbóluma lett, ugyanakkor az alkohol- vagy drogfüggő nőket továbbra is stigma övezte (White–Kilbourne, 2006). Ezzel párhuzamosan különféle drogokat alkalmaztak az orvostudomány területén. Az ópiumot például rendkívül sokféle problémára írták fel (fájdalomcsillapítás, hangulatjavítás stb.). A nőknek általában azt tanácsolták, hogy fájdalomcsillapításra

hosszabb ideig szedjék. A 19. század végére az ópium- és morfinfüggők többsége nő volt az Amerikai Egyesült Államokban. A kokain is népszerű volt a gyógyszeriparban. A heroin a morfin és ópium biztonságos alternatívájaként került be a piacra, mivel az 1800-as évek végére már nyilvánvalóvá váltak a drogok káros hatásai. Az anyákat felelősségre vonták a babák függőségeiért. Ezek hatására az 1914-es Harrison Act-törvény megtiltotta az orvosoknak az ópiátok felírását. Nagyon fontos lépés volt ez, hiszen a nők legtöbbször férfi orvosaik közreműködésével váltak függőkké. Ezzel az ópium fogyasztása lecsökkent, viszont az alkoholé nőtt. Az orvosok továbbra is felírtak nyugtatókat alvászavarok esetén, valamint fogyást segítő amfetaminokat – még az 1960-as években is. Az 1990-es években viszont a HIV-/AIDS-jelenség felismerésével egyértelmű lett, hogy a nők drogos férfiaktól való függése is halálos lehet (Buxton, 2008).

A második világháború utáni társadalmi változások hatására a nők egyre függetlenebbé váltak, és az alkohol is népszerűbbé vált körükben (Brown, 2002). Az alkoholkereskedelmi cégek érzékelték az új klientúrát, és a vezető női magazinok elkezdték reklámozni a vonzó nőket egy pohár itallal a kezükben (Holmila–Raitasalo, 2005). Mindezzel párhuzamosan egyre inkább felismerték, hogy terjed a problémás alkoholhasználat a nők között. Az 1970-es években 3:1-hez vagy 4:1-hez (attól függően, hogy milyen kritériumokat használtak) volt a férfiak és a nők az aránya, míg ez az arányszám a hatvanas években még 5:1-hez volt (Holmila–Raitasalo, 2005). A függőséget övező társadalmi stigma az 1970-es évekre lassan csökkenni kezdett, de az 1980-as és 1990-es években újra felerősödött. Az Amerikai Egyesült Államokban a nixoni politika hatására jelentősen megnövekedett a nemcsak a drogügyekkel, hanem pusztán az addikcióval összefüggő szabadságvesztések száma (White–Kilbourne, 2006).

A szerhasználó és függő nőket érintő stigmatizációt két mítosz táplálta: fékezhetetlen a szexualitásuk, és rossz anyák. Ez utóbbi mítoszon sokat rontott 1980-as években kezdődött morális pánik jelenség a „crack-bébikről" (kokainhasználó várandós anyák újszülöttjeinek tünetegyüttese), amely egy média általi téves értelmezésre alapozva (a tünetek nagy része, pl. az újszülöttek alacsony születési súlya, ugyanis valójában nem a kokainhasználattal volt elsősorban összekapcsolható) hosszú évtizedekre negatívra hangolta a várandós szerhasználók iránti attitűdöt a szakmai és a közbeszédben egyaránt (n. b. Atkinson magyar nyelvű *Pszichológia* tankönyvében 1995 és 2002 között olvasható volt, és az átdolgozott kiadásban is csak 2005 után került törlésre, az ún. crackbébi-jelenség, amelynek orvosi szempontból való abszurditásáról Coles [1993] már jóval korábban írt).

Brown (2002) beszámolója szerint az Amerikai Egyesült Államokban a női szerhasználat kezelése sokáig gyerekcipőben járt. Kiemeli, hogy bizonyos függőségek csillapítására más és másféle drogokat írtak fel (például kokaszirupot a morfinfüggőségre). Az iratokból úgy sejthető, hogy a 18. század végén már felbukkant az az elképzelés, hogy speciális intézményeket hozzanak létre az alkoholizmus kezelésére. A 19. század második felében és a századfordulón több mint száz ilyen intézményt nyitottak meg, habár White és Kilbourne (2016) megjegyzi, hogy ezek nagy része önsegítő jellegű ellátás volt. A kúrák ára változó volt, de a rászorulók ingyen vehették igénybe. A férfiaknak 2–4 hétig tartott a kezelés, viszont a nőknek 2–4 hónapig (Brown, 2002). Feltételezhetően az volt az elképzelés, hogy a nőknek több időre van szüksége a felépüléshez. Ezek az intézmények általában nem hoztak túl sok sikert a függőségek csökkentésében. A századfordulón több olyan központ jött létre, amely korszerű módszerekkel próbálta ellátni a függőket. Ezek közül a Keeley Intézet volt a leghíresebb (Brown, 2002). Amikor betiltották a drogok használatát, akkor a büntetőrendszer részeként lehetett igénybe venni a központokat, ilyen volt pl. a Clinical Research Center, amely 1935-ben nyitotta meg kapuit, és 1941-től fogadott nőket is. A kezelési programok az 1950-es, '60-as években kezdődtek, ezek közül az egyik első volt az 1956-ban induló Dia Linn. A nőket továbbra is diszkriminálták, úgy gondolták, több időre van szükségük, nehezebb volt ellátáshoz jutniuk (Buxton, 2008). A drogfüggőség kezelése az 1950-es években kezdődött, ezen belül két komoly próbálkozás volt: az egyik a metadonfenntartó kezelés, a másik pedig a terápiás közösségek programja (TC, therapeutic community). Az elsőben a helyettesítő terápiával, metadon segítségével végezték a munkát. A második egy teljesen drogmentes, rehabilitációs program volt. Ez utóbbi azonban a sérülékeny nőknek tartós lelki bántalmakat okozhatott, mert például büntetéseket is alkalmaztak a terápia során (Brown, 2002).

Az első önsegítő csoport a Marta Washington Egyesületnek köszönhetően jött létre 1841-ben, New Yorkban. Ez arra bátorította a nőket, hogy legyenek absztinensek, vagy egyáltalán ne használjanak alkoholt az otthonukban. Ez a szerveződés a mértékletességi mozgalom részeként jött létre, és nők vezették. A 19. század végén a Keleey Liga jött létre. Mindkettőben férfiakat gyógyítottak. Az anonim alkoholisták (AA) önsegítő csoportok mozgalma szintén férfiak által alapított formáció, ennek első időszakában viszont elindult egy kezdeményezés: az alkoholbetegek feleségei alkoholbeteg nőket is befogadó női csoportot alapítottak. Érdemes megjegyezni, hogy a Névtelen Alkoholisták *Az alkoholizmusból felépült sok ezer férfi és nő története* című kiadványában a feleségeknek szóló fejezet (lásd 1. illusztráció) a párkapcsolati erőszak

1. illusztráció. Részlet a Névtelen Alkoholisták *Az alkoholizmusból felépült sok ezer férfi és nő története* című könyve „A feleségeknek" szóló fejezetéből

„8. fejezet. A feleségeknek (részlet)
Rögös utat jártunk végig, efelől nem lehet kétség. Bőven volt alkalmunk találkozni sértett büszkeséggel, frusztrációval, önsajnálattal, félreértéssel és félelemmel. Ezek nem valami kellemes útitársak – érzelgős együttérzéshez és elkeseredett nehezteléshez vezettek. Néhányan közülünk egyik végletből a másikba estünk, örökké abban reménykedve, hogy egy szép napon szeretteink ismét a régiek lesznek.
Hűségünk és az a vágyunk, hogy férjünk emelt fővel járjon, és olyan legyen, mint a többi ember, mindenféle kínos helyzetbe hozott minket. Önzetlenek és önfeláldozók voltunk. Megszámlálhatatlan hazugságot találtunk ki saját büszkeségünk és férjünk hírneve védelmében. Imádkoztunk, könyörögtünk, türelmesek is voltunk. Voltak rosszindulatú kitöréseink. Még el is menekültünk otthonról. Hisztériáztunk.
Megbénított minket a félelem. Együttérzésre vágytunk. Bosszúból kikezdtünk más férfiakkal.
Otthonunk esténként nemegyszer csatatérré vált. Aztán reggel csókot adtunk, és szent volt a béke. Barátaink azt tanácsolták, hagyjuk ott a férjünket, amit örök időkre szóló elszánással meg is tettünk, hogy aztán rövid idő múlva visszatérjünk, újra és újra reménykedve. Férjünk letette az ünnepélyes nagyesküt, hogy soha többé nem iszik. Hittünk neki, amikor már senki sem tudott vagy nem akart hinni benne. Azután pár nap, hét vagy hónap múlva megint ott volt az újabb összecsapás."
(Névtelen Alkoholisták, 1994: 100)

elemeire utaló tartalmakat közöl. Az AA-ban részt vevő nők száma egyre nőtt, és a szerhasználó nők (gyakran híres személyek is) egyre több élettörténetet osztottak meg publikusan, amely formálta a női szenvedélybetegségről alkotott elképzelést, és bátorította a szerhasználó nőket a kezelésben való részvételre. 1975-ben jött létre az első, csak nőkkel foglalkozó, Women for Sobriety nevű szerveződés (WFS), amely nagyon hasonló volt a csak nőknek fenntartott AA-hoz (Sanders, 2009).

A női szerhasználat így nagyon gyakran a szégyenérzettel társul. A kezelés történetében gyakran találkozunk ellentmondásokkal (Brown, 2002) és a női szerhasználattal összefüggő hirdetések White és Kilbourne (1996) megállapítása szerint „a tagadás kultúráját" közvetítik: a morálisan „átitatott" sztereotípiák a női addikciót a szexuális promiszkuitás és az anyaként való elbukás jelenségével társítják, ami komoly akadályokat állít a női szerhasználattal való szembenézésre és a kezelés keresésére. Ugyanakkor a női szerhasználat kezelésének

történetéből az is látszik, hogy a felépülés nemcsak a szerhasználati szokásokat, de a nők egész életének átstrukturálását is jelentette a személyes identitás és az interperszonális kapcsolatok területén. A szenvedélybetegségből a felépülésig vezető út alapvető, strukturális változásokat hoz létre a nők életében.

3.2. KLASSZIKUS ÉS POSZTMODERN MEGKÖZELÍTÉS A NŐI SZERHASZNÁLAT MEGÉRTÉSÉBEN

Elisabeth Ettore, a női szerhasználat egyik legnagyobb hatású elméletalkotója két alapelvet határozott meg a női szerhasználat vizsgálatában: 1) meg kell értenünk, hogy a társadalmi szerepeknek és nemnek milyen hatása volt és van a mai napig; 2) szükséges megértenünk, módszertani és elméleti szempontból is, hogy a nőknek mint csoportnak milyen szükségletei vannak (Ettore, 1992). Campbell és Ettore (2011) amellett érvelnek, hogy az addiktológia területén még mindig nem megfelelően alkalmazzák a társadalmi szerepek és nemek meghatározó aspektusait, ami ahhoz vezet, hogy a nők speciális igényei nem lesznek elismerve az ellátásban. A drogokat vagy alkoholt „társadalmilag nem elfogadott módon" használó nők még a feminista mozgalmak számára is „bukott" személyek. Campbell és Ettore (2011) bevezetik az „addiktológia nemiesítése/genderizálása" („gendering addiction") fogalmát, amelynek segítségével a kritikai feminista elmélet és a reflektív kutatási gyakorlatok felismeréseinek alkalmazására hívják fel a figyelmet. Az addiktológiai problémák klasszikus megközelítésében a nemmel (és már társadalmi egyenlőtlenséggel) összefüggő tényezők láthatatlanok maradnak, s habár a klasszikus megközelítéshez képest a posztmodern (lásd 3. táblázat) alkalmasabb arra, hogy értelmezze a női szerhasználatot, Campbell és Ettore (2011) újfajta megközelítést javasolnak: a klasszikus és a posztklasszikus megközelítést (lásd 4. táblázat). Az utóbbi szerint ezek a paradigmák egyszerre jelen lévő, egymást támogató tudásmódok, amelyek meghatározzák a szakértelmet, a képességeket, az oktatást, a tapasztalatokat és a szóhasználatot. A klasszikus megközelítés megnehezíti a genderspecifikus ellátórendszer fejlesztését, hiszen alapvetően a „beteg egyénnel" foglalkoznak, és nem a közösség vagy a társadalom hatásaival. Ebben a folyamatban a társadalmi nemhez köthető jellemzők szinte láthatatlanok, semlegesítettek, hiszen a probléma le van szűkítve az agyi szerkezetek és folyamatok szintjére. A posztklasszikus megközelítés reflektál a társadalmi egyenlőtlenségekre és a probléma interszekcionalitására is (rassz, etnikum, osztály, társadalmi nem, szexualitás, a szerhasználat szubkulturális meghatározói). Vagyis egyszerűen elismeri azt, hogy a „kontextus" (context, Coomber–South, 2004)

és a „társadalmi helyzet" (social location, Figueroa–Harding, 2003) létrehozza és reprodukálhatja a női szerhasználatot.

4. táblázat. A társadalmi nemeket figyelembe vevő addiktológiai elméletek klasszikus és posztklasszikus megközelítése (Campbell–Ettore, 2011: 4)

	Klasszikus megközelítés	Posztklasszikus megközelítés
Episztemológiai megközelítés	Ignorancia; amelyben nem léteznek a társadalmi nem által meghatározott testek	Testiesültség (Embodiement): a társadalmi nem jelentőségének felismerése
A függés elmélete	Krónikus, visszaesésekkel jellemezhető agyi betegség, amelyben az egyén agya független a társadalmi / társas környezettől	A társas/társadalmi kontextus, a kulturális háttér és a gazdasági helyzet van hatással a szerhasználat kialakulására
Hatalmi különbségek és egyenlőtlenségek	Nem foglalkozik vele, nem tulajdonít neki jelentőséget	Elismeri a hatalmi különbségek és egyenlőtlenségek szerepét
Társadalmi normák	A rehabilitáció célja a szerhasználó társadalmi normákhoz való visszavezetése	Emberi jogok, női jogok, posztdiszciplinaritás, diverzitás elfogadása
Megközelítés	Epidemiológiai	Episztemológiai
Determináció	Determinisztikus	Nem determinisztikus
Gender-elképzelés	A társadalmi nem elméletének ellenálló	Genderérzékeny, az ágenciát hangsúlyozó
Az intervenció célja	Az egyén agya és beteg viselkedése	Az egyének közötti kapcsolat, szerek és társas/társadalmi kontextus
Szerek	Egy választott szer	Polidrog-használat
Identitás	A szerhasználat a legjellemzőbb aspektusa az identitásnak	Gender, rassz, osztály, szexualitás, fogyatékosság
Absztinencia	A teljes jogú állampolgárságnak, a felépülés elismerésének feltétele	Nem feltétele a teljes jogú állampolgárságnak vagy emberi jogoknak
Kezelés	Univerzális, egy megközelítés mindenki számára	Kulturálisan is specifikus, közösségalapú ellátás
Megnevezések	Addikt, függő, exfüggő, felépült – kizárólagosságot közvetítő, „vagy-vagy" paradigma	Fogyasztó, használó, túlélő, felépülő – dinamikusan változó szerepek, nem „vagy-vagy", hanem folyamatban lévő
Mozgatóerők	Deviancia és morális pánik	Ellenáll a deviancia kiterjesztésének, kritikus a morális pánikkal szemben

3.2.1. A fogyasztói (társadalmi) modell alkalmazása a női szerhasználat megértésében

A fogyasztói modell alternatív magyarázatot ad a droghasználat jelenkori formáira (pl. online vásárlás), amelyben az örömszerzés és az identitásképzés központi fogalmakként vannak jelen. Nők esetében az üzenet kifejezetten ellentmondásos. Az alkohol-, dohány- és gyógyszergyártó cégek külön a nőkre szabott termékeket készítenek, és promóciókat: dohánymárkákat (pl. Virginia Slims, Eve), alkoholtermékeket (alco-popok, előre elkészített koktélok, kisebb csomagolás) és a „női problémákra" összeállított hangulatjavító gyógyszereket gyártanak. Ezek a reklámok jól használják az addiktológiai ismereteket (tolerancia, megvonás, társas hatás a fogyasztás megtartásában és növelésében). A termékek választásában a szabadságot és egyenjogúságot jelenítik meg, de emellett a szofisztikált marketingkampányok patologizálják a női testet és élményt (a nőket fizikailag tökéletlennek, érzelmileg labilisnak, tehetetlennek és inkompetensnek ábrázolva) (White–Kilbourne, 2006).

Az utóbbi évtizedekben népszerű női színészek, modellek, zenészek és politikus álltak elő felépülés-történetükkel (White–Kilbourne, 2006; Oksanen, 2012). A női függőségek és felépülések folyamatosan témái a médiának. Oksanen a női pop- és rocksztárok addikcióját és médiareprezentációját hozza példának. Britney Spears, Lindsey Lohan és Paris Hilton is többször kerültek a címlapra szerhasználati problémáik miatt. Amy Winehouse 2011-es, Whitney Houston 2012-es halála pedig további diskurzusokat generált a női szerhasználattal összefüggésben (Oksanen, 2012). A függő nő médiareprezentációja még inkább stigmatizált (White–Kilbourne, 2006). Oksanen (2012) megállapítja, hogy az addikció nem gendersemleges fogalom – különböző társadalmi és pszichológiai következményei vannak nők és férfiak esetében. A női szerhasználat médiaábrázolását elsősorban a celeb-léthez tartozó csillogás és az alkoholfogyasztás folyamatos jelenléte jellemzi (Atkinson–Elliott–Bellis–Sumnall, 2011). A női magazinok alkoholképének nemi alapú többletjelentése van (Atkinson és mtsai, 2011). Bizonyos italoknak (pl. pezsgő, koktél) szimbolikus és egyúttal feminin vagy maszkulin jelentést tulajdonítanak. Van azonban egy ellentmondás is: míg e magazinok szerint a „celeb-léttel" együtt jár az alkoholfogyasztás, az alkoholt önmagában ártalmas szerként jelenítik meg, amely káros a női szépségre és megjelenésre, különösen, ha az illető anya. A férfimagazinokban az alkoholfogyasztó nőket „nőietlennek", ledérnek, sérülékenynek és túlérzékenynek ábrázolják. Atkinson és munkatársai (2011) médiamonitoring-vizsgálata szerint az alkohollal kapcsolatos megjelenésekben (hirdetések, cikkek) a férfi és női arány azonos volt a magazinokban, mégis a

2. illusztráció. Példa a női szerhasználat médiaábrázolására. A velvet.hu internetes oldal 2013.02.18-án megjelent cikke képernyőképének szerkesztett részlete

CELEB

ÍGY MENT TÖNKRE BRITNEY SPEARS 2013-RA



MEJU

KÖVETÉS

2013.02.18. 16:47

Ajánlom 156

Mi történt 1999 óta Britney Spears-szel, és mi vezetett odáig, hogy 14 év alatt a rózsaszín, amerikai álomból egy vidéki büfésnő lett? Egykori pasijával, Justin Timberlake-kel ellentétben Spears külseje egyre csak rosszabb lett, amit galériánkban meg is nézhet.

A most 31 éves Britney Spears még 1999-ben lett sikeres a Baby One More Time és az Oops!... I Did It Again című slágereivel. Ő lett a kilencvenes évek végének pophercegnője, a szőke, rózsaszín pólós amerika álom. Minden tinilány rá akart hasonlítani, főleg mert jó pár évig ő volt Justin Timberlake barátnője. Timberlake-kel akkor még egy szinten mozogtak: szőke, hullámos fürtök, az akkori divatnak megfelelő ruhák és zenék, viszont miután szakítottak, Britney Spears **Timberlake-kel ellentétben** nem felfele kapaszkodott, hanem mély zuhanásba kezdett.

ÁLMOK ÚTJÁN

2001-ben szerepelt az Álmok útján című filmben, ami elég nagy bukott, megnyitotta saját éttermét New Yorkban, ami szinte azonnal be is zárt, és még arról is elkezdtek pletykálni, hogy kapcsolatuk alatt megcsalta Justin Timberlake-et. 2004-ben egy részeg éjszakán, Las Vegas-ban hozzáment gyerekkori szerelméhez, az 55 óráig tartó frigy után pedig megismerte Kevin Federline-t. **Federline és Spears pár hónap után eljegyezte egymást**, közös valóságshow-juk is volt, majd Spears bejelentette, szünetelteti karrierjét, hogy családot alapíthasson.

2006 febuárjában első gyerekével az ölében vezetett, második terhessége alatt pedig a Harper's Bazaar címlapján meztelenkedett, **a gyerek születése** után pedig Spears bejelentette, hogy elválik Federline-től. 2007-ben már **drogrehabilitációra járt**, **kopaszra borotválta a fejét**, és sorozatos botrányai után elvesztette gyerekei felügyeleti jogát. Mindezektől függetlenül Spears próbált visszatérni karrierjéhez, és a 2007-es MTV Video Music Awards-on előadta új albumáról a Gimme More-t. A fellépés rettenes volt, Spears **enerváltan vonaglott egyszál flitteres bikinben** a színpadon, a szám viszont ettől függetlenül óriási sláger lett.

AMERIKAI ÁLOMBÓL NEGYVENES BÜFÉSNŐ

2008-ban folyamatosan pszichiátriai kezelésekre járt, majd korábban elvesztett jogainak egy részeit visszakapta, és megjelentette hatodik albumát, a Circust. Spears körül egyre kevesebb volt a botrány, szinte hallani sem lehetett magánéletéről, az énekesnő csak a zenére koncentrált. **2011-ben ismét új albummal jött ki**, az MTV Video Music Awards pedig az ő tiszteletére építette fel műsorát. 2012-ben **az amerikai X-Factor egyik mentora lett**, ennek örömére pedig nyolcadik albumán is elkezdett dolgozni, és úgy tűnt, végre megint minden rendben van. Idén január 11-én azonban **szakított addigi pasijával**, Jason Trawickkel, Spears pedig azóta úgy tűnik, megint **egyre rosszabb állapotban van**, legalábbis ami **a külsejét illeti**. Nézze meg galériánkban, hogy lett a szőke amerikai álomból 14 év alatt egy negyvenes, vidéki büfésnő.

fókuszcsoportos vizsgálatokban, amelyekbe fiatalokat vontak be, a női alkoholfogyasztást problematikusabbnak látták. Például a csak nőkkel kapcsolatos megjelenések (hirdetések, cikkek stb.) voltak azok, amelyekben az alkoholfogyasztás csökkentéséről írtak jellemzően a várandósság, a gyermekvállalás, a munka vagy az egészségesebb életmód iránti igény megjelenése miatt (Atkinson és mtsai, 2011).

3.3. A NŐI PERSPEKTÍVA PARADOXONA

A nők alapvetően hasonlóan működnek a függőség kontrollvesztő jellegét tekintve, ugyanakkor a függőség és a felépülés értelmezése és körülményei mást jelentenek a szerhasználó nő számára. Sok évtizeden át tartotta magát az az elképzelés, hogy a nők nem válhatnak alkoholistává vagy függővé, ezért nem is volt szükség a női szerhasználatot és függőséget magyarázó elméleti megfontolásokra. Az 1960-as, 70-es évek feminista fordulata hozott változást, amelynek célja nem az volt, hogy megkülönböztesse a női és a férfi szerhasználatot és függőséget, de lehetőséget adott arra, hogy a nők is megfelelő ellátáshoz jussanak. Ez a változás azonban újfajta – társadalmi, politikai és pszichológiai – ellentmondásokhoz vezetett. Az óhatatlan összehasonlítás a férfi szerhasználókkal nem feltétlenül a függőség és az ellátás jobb megértéséhez, hanem a nők és férfiak versengő összehasonlításához vezetett. Ez a megközelítésmód pedig sokszor éppen azokat a fogalmakat állítja fókuszba és kérdőjelezi meg, amelyek a felépülésben is elengedhetetlenek: a kontroll visszaállítását és a hatalomnélküliséget (Brown, 2002).

A nők függőségének kérdésében Brown (2002) felveti azt a szociálpolitikai kérdést, hogy a nők egyenlőek-e a férfiakkal. Az erre adott válasz pedig meghatározhatja a függőséggel kapcsolatos vélekedéseket és a kezelésbe jutás körülményeit. A legfontosabb témakörök Brown (2002) szerint 1) az egyenjogúság (empowerment) mint fogalom különféle jelentései; 2) a folyamatosan jelen lévő stigma; 3) a nők kisebbségként való kezelése, a társadalmi nem értelmezési kerete. A *női egyenjogúság*, a nők hatalommal felruházása, feljogosítása olyan társadalompolitikai és gazdasági elképzelésből indul ki, amely természetszerűen ellentételezi azt, ami korábban volt, vagyis a férfidominanciát és az egyenlőtlenséget, és – akár agresszíven is – a változás és az egyenlő státusz felé mutat. Ez a küzdelem többféle összehasonlítást tesz lehetővé: múlt és jelen között, a nemek között, a kisebbség és a többség között – kinél van a hatalom, és kinek van belőle több. Az egyenlőségért folytatott küzdelem folyamatos éberséget követel meg, ami folyamatos elemzéssel jár együtt: mi az,

ami egyenlőtlen és igazságtalan, és ebből eredően hatalomfosztottsággal jár. Az egyenjogúság elérésére egyetlen megoldásnak a nők nagyobb hatalmának biztosítása tűnik. A felépülésben és a függőségben a hatalom és feljogosítottság fogalma egészen mást jelent: a szerhasználó (nő) elfogadja, hogy képtelen kontrollálni a szerhasználatot. A hatalomnélküliség ilyen fajta elfogadása nyelvileg is nyitottságot és sebezhetőséget feltételez – amely egészen mást jelent, mint a társadalompolitikai-gazdasági értelemben vett feljogosítottság. A világban a nők a/több hatalomért küzdenek, a szerhasználó nő pedig a függőségből szeretne felépülni – ez a kettősség a felépülésben lévő nőnél olyan belső ellentmondáshoz vezethet, amely több hatalommal nem feloldható, hanem újra kell alkotnia az önmagához való viszonyát. Ennek első lépése a szerhasználat kontrolljára való képtelenségének az elismerése, valamint kapcsolataiban az őszinteség és a felelősségvállalás kiépítése. Az empowerment ilyen jellegű ellentmondásai nehézséget okozhatnak a szerhasználó nő életében. Néhány személy számára a felépülés megkezdése a kiharcolt hatalom és erő elveszítését jelenti, a női mozgalmak értékeinek elhagyásaként interpretálható. A különbségek megértése segíthet az ellentmondás feloldásában. Az, hogy a felépülés folyamatában a szerhasználó lemond a hatalomról, valójában a kontroll megszerzését is jelenti, és ezt az értéket – a szerhasználattól függetlenül – tudja majd érvényesíteni az életében.

A történelem során a nők a függőségük miatt *stigmatizáltak* voltak, „morálisan bukott lényekként" tekintettek rájuk (Brown, 2002). A stigma paradoxona az, hogy a függőség tagadását táplálja. Visszatekintve, a szerhasználó nők stigmával bíró, de láthatatlan alkoholistából váltak látható és elfogadott, de továbbra is stigmatizált csoporttá. A női szerhasználat növekvő felismerése, elfogadása és láthatósága a függő nők legitimálásához vezetett. A feminista mozgalmak óriási erőkkel küzdöttek azért, hogy láthatóvá tegyék a szerhasználó nőket. Tulajdonképpen – paradox módon – a nők megszerezték a jogot ahhoz, hogy morális kudarcként éljék meg a szerhasználatukat. Ez pedig továbbra is azzal járt, hogy elítélték őket ezért a „kudarcukért". A függőség betegségként való, Jellinek-féle (1960) értelmezése fellazította ezt a stigmát, a függőséget immár nem morális keretek között értelmezve. Értelmezése szerint nem kell tagadni a függőséget, ha azt betegségként fogjuk fel (vö. morális és medikális modell). Egyenrangúnak tekinti tehát a nőket és a férfiakat: betegnek.

A „speciális populáció paradoxona" arra világít rá, hogy komoly következményekkel jár az, hogy a szerhasználó nőkkel foglalkozó szakirodalom túlnyomó része „speciális populációként" ragadja meg a sajátosságokat (Martin–Aston, 2014). A női szerhasználat összefüggésben van a társas kapcsolatokkal

és a tanult női tulajdonságokkal. Mindezek magyarázhatják a szerhasználatban megjelenő nemi különbségeket, a használat kialakulását, fejlődését, valamint a használat súlyosbodásában szerepet játszó kockázati tényezőket (Ettore, 1992). A szerhasználó nők nem alkotnak homogén csoportot, és tapasztalataik kultúrától, kortól, osztálytól, rassztól, szexualitástól és egyéb szociális identitásoktól függően eltérőek (Neale és mtsai, 2018). A nők specifikus, homogén csoportként való kezelése tovább stigmatizálja a szerhasználó nőket, ezért kulcsfontosságú, hogy a női élettörténetet befolyásoló szociális identitások diverzitását felismerjék a szakemberek (APA, 2007; Ettore, 2018; Martin–Aston, 2014; Poole–Dell, 2005). Erre alkalmas a posztmodern megközelítés a női szerhasználat megértésében.

4. A NŐI SZERHASZNÁLAT KLINIKAI VIZSGÁLATAINAK TAPASZTALATAI

A női szerhasználók klinikai vizsgálata körülbelül 30 éves múltra tekint vissza. A klinikai vizsgálatok nagy része a férfi és a női szerhasználat és szerhasználó összehasonlításával mutatja be a jelenséget, habár ezenkívül számos más tényező szerepet játszik. A vizsgálatok évtizedekig meglehetősen inkonzisztensek voltak több tekintetben, ami a fogalmi zavarok (pl. nem és a társadalmi nem [gender]), bizonyos rizikófaktorok (pl. menstruációs ciklus, fogamzásgátlók) és a komorbiditás (pl. depresszió, étkezési zavarok, PTSD) szerepének elhanyagolásával is magyarázható. A vizsgálatok szerint a szerhasználó nők fizikailag és mentálisan is nagyobb mértékű állapotromlásnak vannak kitéve, mint a férfiak. Szerhasználó nőknél magasabb a depresszió, a szorongás, az öngyilkossági késztetések, az izoláció és a pszichológiai stressz aránya (Mowbray–Oyserman–Saunders–Rueda-Riedle, 1998; Canterbury, 2002; Cornier–Dell–Poole, 2004). A magasabb stressz nem függetleníthető a használathoz vezető pszichoszociális faktoroktól és a használat miatti stigmatizációtól. A vizsgálatok szerint a szerhasználó nők 70 százaléka élt át valamilyen erőszakot, és az említett nők sokkal nagyobb eséllyel válnak szexuális erőszak áldozatává, mint a férfiak (Canterbury, 2002; Cornier–Dell–Poole, 2004). Az alábbiakban bemutatjuk, hogy mely tényezők lehetnek hatással a vizsgálatra női szerhasználók esetében.

4.1. BIOLÓGIAI-HORMONÁLIS JELLEMZŐK

A nők és férfiak közötti biológiai-hormonális különbség egyik egyértelmű jele a *menstruációs ciklus*, amely átlagosan 28 napig tart. Ideális esetben a szerhasználó nőkkel végzett vizsgálatok során két okból is figyelembe kell vennünk a menstruációs ciklus hormonális sajátosságait. Az első, miszerint a menstruációs ciklustól függően a nők másképp reagálnak különböző drogokra (különösen a stimulánsokra, Terner – de Wit, 2006). Például a nikotinhasználat esetén a megvonás és a sóvárgás a menstruációs ciklustól függően változik (Harrod–Mactutus–Bennett, 2004): a dohányzás iránti vágy növekedik

a késői luteális fázisban (Fox-Sinha, 2009), és a menstruáció alatt többet dohányoznak a nők (Marks–Hair–Klock–Ginsburg–Pomerleau, 1994; Mazure–Toll–McKee–Wu–O'Malley, 2011). A másik ok pedig az, hogy a nők általában nem követik pontosan a menstruációs ciklusukat, a retrospektív önbeszámolók általában nem megbízható adatforrások. A menstruációs ciklus számos változóra (hangulatváltozások, motivációs változások, a szerek használatának mennyisége, a kezelésre adott reakció) hatással lehet.

A stresszre adott biológiai reakciókban is kimutattak nemi különbségeket a *neuroendokrin rendszerben* (az idegrendszer és a belső elválasztású mirigyek, hormonok rendszere, amely az emberi test működését szabályozza), ami hatással lehet a női szerhasználatra és a visszaesések magyarázatára (Greenfield–Back–Lawson–Brady, 2010). A szerhasználó nőknél a neuroendokrin rendszer lassúbb válaszreakciót mutatott a stressz hatására (Back–Waldrop–Saladin és mtsai, 2008). Ez a különbség magyarázhatja a nők nagyobb sérülékenységét a visszaesést előidéző negatív élményekkel szemben, valamint az élmények feldolgozására irányuló nagyobb érzékenységet is (Fox–Hong–Paliwal és mtsai, 2008).

A *gyógyszeres fogamzásgátlók* használata a termékeny nők nagy részét érinti, ami a különböző legális és illegális szerek metabolizmusára is hatással lehet. A nikotin anyagcseréje bizonyos fogamzásgátlók hatására gyorsabb lehet (Benowitz–Lessov-Schlaggar–Swan–Jacob, 2006). Ugyanakkor bizonyos fogamzásgátlók alkalmazása csökkentheti a koffein metabolizmusát (Back–Orme, 1990). Viszonylag kevés információ áll rendelkezésre arról, hogy az illegális drogok és a fogamzásgátlók milyen hatással vannak egymásra, de a nőket érintő kutatásokban feltétlenül érdemes lenne rákérdezni arra, hogy szednek-e, és ha igen, milyen típusú fogamzásgátlót.

A fentiekből következően a *menopauza* jelensége szintén fontos adat lehet. A szerhasználó nőknél korábban kezdődik el a menopauza (Kinney–Kline–Levin, 2006), és alkoholhasználat esetén az ösztradiol hormon termelődése zavart szenved. A kutatások összefüggést találtak a dohányzás, az elhízástól való félelem és a dohányzásleszoktató programokban való részvétel között a menopauza előtti és utáni nők csoportjában (Copeland–Martin–Geiselman–Rash–Kendzor, 2006). A menopauza előtti nők gyakrabban hagyták ott a dohányzásleszoktató programokat az elhízástól való félelem miatt, és gyakrabban tapasztaltak megvonási tüneteket kifejezetten a menstruációs ciklus luteális fázisában. A pszichoszociális tényezőket figyelembe véve azt találták, hogy a menopauza előtti nők az anyai teendők, a gyermekellátási feladatok miatt is kevésbé maradnak meg a leszoktató programokban. A menopauza utáni nőknél hormonális terápiával sikeresen tudták csökkenteni a megvonási

tüneteket és a sóvárgást, növelve ezzel az ellátásban maradás arányát (Allen–Hatsukami–Christianson–Nelson, 2004). A nőknél a hormonális életciklus figyelembevétele, a megfelelő stádium felismerése a terápia vagy kezelés sikerességét is befolyásolhatja.

A vizsgálatok szerint genetikailag meghatározott az emberek alkoholtoleranciája, alkohollebontó képessége. Az alkoholtolerancia tehát öröklődik családon belül, így bizonyos családokban sokkal valószínűbb az alkoholizmus kialakulása. Ha az egyik szülő alkoholproblémákkal küzd, 70%-kal nagyobb az esély arra, hogy a gyermeknek is alkoholproblémái lesznek (Ágotha, 2017). Azoknak, akiknek gondoskodó, támogató szülői hozzáállásban volt részük, kisebb a szerhasználóvá válás kockázata (Brody és mtsai, 2009).

Enoch vizsgálatai szerint a genetikai és a környezeti tényezők egyaránt befolyással bírnak az alkoholfüggőség kialakulásában. A korai életszakaszban átélt stressz nagymértékben lehet a pszichopatológiai zavarok és addikciók kialakulásának előrejelzője. A korai életfeszültség tartós változásokat idézhet elő neurohormonális szinten. Azoknak a gyerekeknek a nagy része, akik korai életszakaszukban tartós és súlyos stresszoroknak voltak kitéve, nem minden esetben betegedett meg pszichopatológiai értelemben. Mindebből arra következtethetünk, hogy a gén- és a környezeti hatások, a családi és társas kapcsolatok egyaránt fontosak az ellenálló képesség szempontjából (Enoch, 2011). A felnőttkorban átélt stresszes események, mint a munkahely elvesztése, szintén növelik az alkoholzavarok kialakulásának kockázatát, de erre vonatkozóan nemi különbségeket nem sikerült megállapítania Keyesnek és munkatársainak. Kutatásukból az derült ki, hogy a stressznek való kitettség lényeges meghatározója az alkoholfogyasztásnak és az ilyen irányú egyéni kockázatnak (Keyes–Hatzenbuehler–Hasin, 2011).

4.2. PSZICHOLÓGIAI JELLEMZŐK, JELLEMZŐ MENTÁLIS BETEGSÉGEK

A női és férfi szerhasználatot számos demográfiai és klinikai faktor különbözteti meg. A szerhasználó nők családi hátterére jellemzőbb, hogy a családtagok alkohol- vagy droghasználók (Heath–Madden–Bucholz és mtsai, 1999; Schuckit–Smith–Kalmijn és mtsai, 2000), ami biológiai (genetikai) és környezeti (családtörténet, környezeti stresszor) szempontból is előre jelző tényező lehet. Más kutatások a szerhasználó nő élettörténetében a családban betöltött túlgondoskodó szereppel találtak összefüggést (Nelson-Zlupko–Kauffman–Dore, 1995; Hunt–Frank–Moloney, 2015), ami azt jelenti, hogy az illető nő pl. olyan eseményekért is felelősséget vállal, amelyek nem rajta múlnak. A szerhasználó

nők gyakrabban vannak együtt szintén szerhasználó partnerrel (Eaves, 2004; Mayock–Cronly–Clatts, 2015), és gyakran a párkapcsolati problémákban látják a szerhasználatuk okát (Kauffman–Silver–Poulin, 1997). Az idősebb szerhasználó nők gyakrabban özvegyek vagy elváltak, vagy problémás ivó a partnerük. Nagyobb körükben a depresszió előfordulása és az alkoholfogyasztás negatív következményeinek megtapasztalása (Gomberg, 1993; Graham–Braun, 1999). Az idősebb nők gyakrabban élik meg stigmatizáló tényezőként szenvedélybetegségüket (Graham–Braun, 1999; Brennan–Moos–Kim, 1993). Minden más korcsoportnál könnyebben jutnak gyógyszerekhez (pl. altatókhoz, nyugtatókhoz), ami többféle szer együttes használatához vezet (Gomberg, 1994). A stigmatizációtól való félelem miatt a nők összességében gyakrabban használnak legális szereket visszaélésszerűen. Az idősebb nők szervezete azonban teljesen másképp bontja le a szereket, és ennek hosszú távú következményei lehetnek fiziológiai szinten.

A *depresszió* az egyik leggyakrabban előforduló mentális betegség, amely jellemzőbb a nőkre, mint a férfiakra (SAMSHA, 2006). Különösen a szerhasználó nők körében magas a depresszió aránya (Sinha–Rounsaville, 2002). A mentális betegségek komorbiditásának figyelembevétele különösen fontos a női szerhasználókkal végzett kutatásokban. Például depresszióval is diagnosztizált dohányzók esetében nagyobb fokú – pozitív – hangulatváltozást regisztráltak nők, mint férfiak esetében (Spring és mtsai, 2007).

Az *étkezési zavarok* is sokkal jellemzőbbek a nőkre, mint a férfiakra (Afifi, 2007), különösen serdülőkorban (Kearney-Cooke, 1999) és egyetemista fiatal felnőttek körében (Cullari–Rohrer–Bahm, 1998). Nők körében ez az anorexia nervosa esetében kevésbé számszerűsített, de a bulimia nervosa esetében 9-10-szeres az előfordulási arány (Crowther–Wolf–Sherwood, 1992). Ráadásul az étkezési zavarral együtt járó alkohol- és droghasználat különösen nőknél jellemző (Bulik és mtsai, 2004, Landheim–Bakken–Valum, 2003). A bulimia nervosa tízszer gyakrabban fordul elő alkohol- és szerhasználati problémákkal küzdő nőknél (Specker–Westermeyer–Thuras, 2000) az átlagpopulációhoz képest (Bushnell–Wells–Hornblow–Oakley-Browne–Joyce, 1990). Az alkoholdependencia (Holderness–Brooks-Gunn–Warren, 1994) és a stimulánshasználat (Wiederman–Pryor, 1996) is gyakoribb a bulimia nervosával kezelt betegek körében.

A *premenstruációs tünetegyüttes (PMS)* olyan testi és érzelmi tünetek (pl. emlőérzékenység, hányinger, ingerlékenység, szorongás) együttes megjelenése, amely a menstruációs fázist előzi meg. A nők nagy része beszámol az említett tünetek eltérő intenzitással és gyakorisággal való megjelenéséről (Dickerson–Mazyek–Hunter, 2003), ezen belül 8%-uk szenved a premenstruációs

diszfóriás zavartól (PMDD–Bhatia–Bhatia, 2002), amely a PMS súlyos formája. A PMDD hatással lehet a hangulatszabályozásra, a kognitív képességekre és az étvágyra (Evans, 1998; Evans–Foltin–Fischmann, 1999), valamint a fájdalomtűrésre (Stravena és mtsai, 2002). Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (1994) definíciója szerint jellemző tünetei a depresszió, a feszültség, a szorongás, az irritábilitás és a krónikus fáradtság. A PMDD és a szerhasználat összefüggését vizsgáló kutatások eredményei nem egyértelműek, de önbeszámolós vizsgálatokból származó adatok szerint a menstruáció alatt jellemzőbb az alkoholhasználat, a dohányzás és a gyógyszerekkel való visszaélés (nem felírt gyógyszerek használata).

A szerhasználó nők körében leggyakrabban megjelenő *komorbid zavarok:* a depresszió, a szociális szorongás, a PTSD és az étkezési zavarok, bipoláris zavar, személyiségzavarok. A depresszió nemi jellemzőit biológiai és pszichoszociális tényezők magyarázzák. Magasabb a depresszió aránya az alacsonyabb szocioökonómiai státuszú, szegény, alacsony iskolázottságú, munkanélküli, a jóléti-szociális rendszertől függő nőknél (Tuchman, 2010). További kockázati tényezők, amelyek másként hatnak a nőkre, mint a férfiakra: az alkoholhasználat a családtörténetben, a trauma átélése és a poszttraumás stressz zavar (PTSD) mint reakció.

A *PTSD* olyan komplex tünetegyüttes, amelyet súlyos érzelmi és fiziológiai stresszélmény okoz (Regehr–Goldberg–Glancy–Knott, 2002). A nőknél jellemzőbb a PTSD kialakulása, és ez összefüggésbe hozható a szerhasználat kialakulásával is (APA, 2018). A PTSD-vel diagnosztizált nők 21–43%-a droghasználatról is beszámolt (Jacobsen–Southwick–Kosten, 2001). A nőknél a szerhasználat még gyakrabban megjelenik a PTSD-t követően, mint a férfiaknál (APA, 2018).

Az *impulzivitás* mint gyűjtőfogalom olyan személyiségjegyekre utal, mint az élménykeresés, kockázatkeresés, megbízhatatlanság, merészség, kalandvágy, unalomra való érzékenység, megbízhatatlanság, rendetlenség (Depue–Collins, 1999). A szerhasználó személyekre jellemző az impulzivitás (Petry, 2001). Az élménykeresés összefüggésbe hozható az olyan kockázatos viselkedésekkel, mint a droghasználat (Zuckerman–Kuhlman, 2000) és a kockázatos szexuális viselkedés (Donohew és mtsai, 2000). Az impulzivitás és a szerhasználat közötti összefüggés bonyolult és nem teljesen tisztázott még. Például az impulzív személy nagyobb valószínűséggel keveredik védekezés nélküli szexbe, és esetében jellemzőbb lehet a droghasználat vagy a kontrollvesztett alkoholfogyasztás. Petry, Kirby és Kranzler (2002) vizsgálatában a szerhasználó nőknél a családban megjelenő alkoholizmus és a magasabb impulzivitás-értékek között korrelációt találtak.

4.2.1. Diagnosztikai problémák

A diagnózisok pontatlan konceptualizációját a mintavételi torzítások is befolyásolhatják. Ezek a torzítások akkor fordulhatnak elő, amikor a diagnózis ismertetőjelei vagy az előfordulási arány elsősorban vagy kizárólag klinikai környezetben vizsgált tüneteken alapszanak, vagy olyan rendellenesség esettanulmányain, amelyben a mintavétel nem kiegyensúlyozott, pl. nem szerepel megfelelő arányban a férfi vagy a női nem, a szexuális kapcsolatban egyedülállóként résztvevők vagy egy etnikai csoport képviselői.

Az ilyen gyakorlat pontatlan előfordulási arányhoz, hibás értékelési eszközökhöz, torzult diagnosztikai kiindulóponthoz és ismertetőjelekhez vezethet, amelyek nem tükrözik az adott rendellenességhez köthető tünetek sokszínűségét (Skodol–Bender, 2003). Hartung és Widiger (1998) potenciális, nemhez kötődő mintavételi torzulásokat azonosított, amelyeket olyan diagnosztikai kategóriákhoz társítanak, mint például a hisztrionikus személyiségzavar, a magatartászavarok, a szomatizációs zavar, a nemi identitászavar és a dependens személyiségzavar.

4.3. TÁRSAS-TÁRSADALMI JELLEMZŐK

A kutatások szerint a nők a férfiaknál későbbi életkorban kezdik el a szerhasználatot, és a szerhasználat általában a partnerhez köthető, míg a férfiak esetében férfi barátokhoz (Tuchman, 2010). Az alábbiakban a szakirodalom által feltárt társas-társadalmi jellemzőket mutatjuk be.

A szerhasználó nők esetében többször fedezhető fel az élettörténetben valamilyen traumatikus élmény vagy meghatározó stresszor, például párkapcsolati problémák vagy környezeti stressz (Oberleitner és mtsai, 2014). Az egyik ilyen ismert stresszor a gyermekkori elhanyagolás és erőszak. A férfiak és a nők egyaránt nagyobb kockázatnak vannak kitéve, ha olyan családban nőttek fel, ahol a szülők vagy a fontosabb felnőtt személyek alkoholisták voltak (Merikangas, 1990). Az alkoholproblémákkal rendelkező nők esetében azonban sokkal magasabb volt a *családtörténetben megjelenő alkoholizmus*, mint az alkoholista férfiak vagy alkoholproblémákkal nem küzdő nők esetében (Gomberg, 1993). Több vizsgálat kimutatta, hogy az alkoholista családokban felnövő személyek alábecsülik az alkoholhasználat közvetlen negatív hatásait (Schuckit és mtsai, 2000), valamint az alkoholhasználathoz köthető viselkedéses mintázatok elsajátítása is jelentős (Pickens és mtsai, 1991). Heath és mtsai (1999) vizsgálatainak eredménye szerint a genetikai tényezők erőteljesebben

jelennek meg a férfiaknál, mint a nőknél. A droghasználat megjelenésének kockázata nagyobb mindkét nem esetében (McCaul–Turkkan–Svikis–Bigelow–Cromwell, 1990).

Az *erőszak* megtapasztalása nagy jelentőséggel bír a női szerhasználat etiológiájában. A nők körében a partner által elkövetett bántalmazás elterjedtsége 25 és 75% közötti (El-Bassel–Gilbert–Schilling–Wada, 2000), s ezek az adatok rendre magasabbak a szerhasználó nők körében (Caetano–Nelson–Cunadi, 2001). Egyre több bizonyítékot találnak arra is, hogy nőknél az interperszonális stressz és a párkapcsolati konfliktusok a visszaesések legerőteljesebb befolyásoló tényezői (Gilbert–El-Bassel–Rajah és mtsai, 2001).

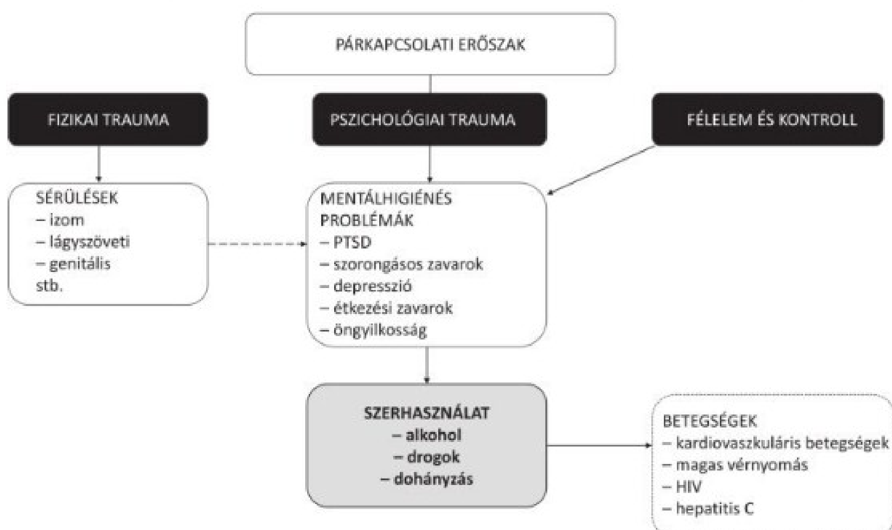
Az erőteljes *stresszoroknak és traumatikus élményeknek* kitett személyeknél nagyobb fokú sóvárgást mutattak ki (Sinha, 2001). A nőkre sokkal jellemzőbb a traumatikus élmények hatására bekövetkező szerhasználat (Kendler és mtsai, 2000), továbbá a negatív életesemények következtében kevésbé sikeresek leszokási kísérleteik (McKee–Maciekewski–Falba–Mazure, 2003). A vizsgálatok eredményei szerint a nők sérülékenyebbek abban, ahogyan a negatív életesemények a szerhasználatukat befolyásolja. Összefüggést találtak a stresszorok és a menstruációs ciklus alakulása között is (Edozien, 2006): a bebörtönzött szerhasználó és/vagy családon belüli szexuális erőszakot átélt nők 33%-a számolt be menstruációs zavarról (Allsworth és mtsai, 2007). A menstruációs ciklus alatt a stressz másfajta megélését is valószínűsítik a vizsgálatok. Az adatok szerint a luteális fázisban – a follikuláris fázishoz képest – erőteljesebb érzelmi reakciók (Kajantie–Philips, 2006) és megnövekedett stresszhormonok (Kirchbaum–Kudielka–Gaab–Schommer–Hellhammer, 1999) jellemzőek. A kokainfüggő nők sérülékenyebbnek bizonyultak a stressz szubjektív hatásaira, mint a férfiak (Back–Brady–Jackson–Salstrom–Zinzow, 2005). Fizikai erőszakot átélt ópiáthasználó nőknél magasabb fájdalomtoleranciát (Pud és mtsai, 2006) és alacsonyabb szubjektív fájdalomérzést (al'Absi és mtsai, 2004) találtak. Az eddigi vizsgálatok szerint a droggal élő nők másképp reagálnak a stresszre, mint a férfiak (lásd fent: a neuroendokrin rendszer működésének különbségei, nőknél a stresszre adott kevésbé adaptív válaszok). Gyermekkori abúzust elszenvedőknél (Bremner és mtsai, 2003) vagy a bulimiásoknál (Bekker–Boselie, 2002) különbözik a stresszre adott fiziológiai és pszichológiai válaszreakció az ilyen tapasztalattal nem rendelkező nőkétől.

A *gyermekkori szexuális abúzus* a szerhasználó nők és férfiak élettörténetében megjelenik, ugyanakkor a nők 3–5-ször gyakrabban szenvedtek el ilyesmit (Walker–Carey–Mohr–Stein–Seedat, 2004; Harrison–Fulkerson–Beebe, 1997). A gyermekkori szexuális abúzus felnőttkorban többféle következménnyel járhat: mentális betegségek, depresszió, bulimia, alkohol- és

droghasználati problémák (Kendler és mtsai, 2000). Ezek a következmények is gyakrabban jelennek meg nőknél (Widom–Marmorstein–White, 2006). A szerhasználat miatt kezelést kereső nők körében 20–80%-ban fordult elő gyermekkori szexuális abúzus az élettörténetben (Simpson–Miller, 2002). Az átlagpopulációhoz viszonyítva az alkohol- és droghasználat gyakoribb a gyermekkori szexuális abúzust elszenvedőknél (Corstorphine–Waller–Lawson–Ganis, 2007). A szerhasználó nők vizsgálata szempontjából kiemelten fontos élettörténeti esemény a gyermekkori szexuális abúzus, amely a kezelés szempontjából is jelentőséggel bírhat, hiszen másfajta intervenciót tehet szükségessé. A gyermekkori traumatikus élmények feltárása akkor is fontos a szerhasználó nőkkel végzett vizsgálatokban, ha nem alakul ki a PTSD.

Az *idősebb* nőknél a rizikófaktorok még komplexebb együttjárása jellemző a menopauzális változásokkal (pl. alkoholfogyasztás, dohányzás, illegális szerek, komorbiditás, HIV/AIDS és hepatitis, pszichológiai distressz, a társas/társadalmi és gazdasági erőforrások hiánya és más negatív életesemények) (Tuchman, 2007). A nem kívánt terhesség lehetőségének csökkenésével a korral előre haladva az idősebb szerhasználó nőknél arányosan növekszik a szexuális úton terjedő betegségek gyakorisága, beleértve ebbe a férfi partnertől elkapott HIV-vírust (Levy–Ory–Crystal, 2003). A posztmenopauzális időszakban megtapasztalható testi tünetek (hőhullámok, izzadás, fáradtság, a libidó elveszítése, alvászavarok) hasonlóak az opiátmegvonás vagy a rosszul

2. ábra. A párkapcsolati erőszak és a szerhasználat összefüggése. Forrás: UNODC, 2018: 19.



beállított szubsztitúciós kezelés tüneteihez (Tuchman, 2003). Azoknál a nőknél, akik érzékenyebbek a tünetekre, és nagyobb fokú fizikai diszkomfortot, álmatlanságot, irritabilitást, szorongást és depressziót tapasztalnak, nagyobb lehet az esély a visszaesésre vagy a kockázatos szexuális viselkedésre.

4.3.1. A szerhasználó családja

Az alkoholista szülők gyermekei sok traumát élnek át korai életszakaszuktól kezdve. Bizonytalanság, félelem és erőszak légkörében nőnek fel, ezzel már korán jelentős veszteségeket szenvednek el (Komáromi, 2009). Az alkoholista szülővel együtt élő diszfunkcionális családokra jellemző, hogy sérültek vagy rendkívül kaotikusak az érzelmi és fizikai határaik. Ezekben a családokban gyakran találkozhatunk felcserélt szerepekkel. Az érzelmek kifejezése többnyire gátolt, és a negatív érzelmek (szorongás, félelem, bűntudat, harag, szégyen) túlsúlyban vannak. A szülői alkalmatlanság magával vonhatja a gyerekek parentifikálódását, többnyire a legidősebb gyerekét, aminek következtében a család rendszere valamennyire működőképes marad (Komáromi, 2009).

Valkai Zsuzsa *Miért isznak a nők* című könyvében alaposan körbejárja az alkoholproblémákkal küzdő nők szerepeit. Több mint a felük (58%) számolt be arról, hogy gyermekkorában a szüleivel való kapcsolatában vagy teljes elutasításban volt részük, vagy teljesen elkényeztették őket. Csupán az alkoholista nők 10%-a tett említést mindkét szülővel kapcsolatos pozitív kötődésről, ahol nem volt jellemző semmilyen irányú nevelési túlzás, s a szülőkkel átélt kapcsolatot a tolerancia, a békés megértés jellemezte. A többi 90% szüleihez fűződő érzelmi kapcsolata viszont problematikus volt. Ennek a hátterében gyakran a szülők közötti házastársi problémák állnak (Valkai, 1987).

A szociális tanulás elmélete szerint a deviáns viselkedés létrejötte a szerepmodellekhez köthető, s a tanult viselkedés, megfigyelés, utánzás, majd megerősítés révén jön létre. A pozitív megerősítés során kiemelkedik az alkohol nyugtató, ellazító, a csoportkohéziót erősítő hatása, minek következtében az illető a baráti körben elfogadásra talál, ezzel megerősödik (Akers-Cochran, 1985). A szociális-kognitív tanulási elmélet is a barátok és a szülők viselkedésének fontosságát hangsúlyozza. A megerősítésnek nem kell közvetlennek lennie, elég a megfigyelés vagy az, ha egyszerűen hallanak az adott szerről. A pozitív és negatív megerősítés egyaránt fontos, a negatív ellenpéldaként is szolgálhat egyes esetekben (Bandura, 1986, idézi Zsákai, 2008). A szociális fejlődés elméletében a kötődés és annak meggyengülése kap kiemelt szerepet. Az alkohol kipróbálásának hátterében nagy jelentősége van a szülőkhöz,

a családhoz való kötődés, illetve a társadalomhoz való kapcsolódás meggyengülésének (Pikó, 2000, idézi Zsákai, 2008). Végül a szociális ökológiai modell megközelítése szerint az egyén és környezete közötti kapcsolat egyensúlyának felborulása zavar forrása az egyén életében, és ez vezet az alkoholproblémák kialakulásához (Kumpfer–Turner, 1991; Jessor–Donovan–Costa, 1991).

Láthatjuk, hogy mindegyik elméletben fontos szerepe van a (potenciális) beteget körülvevő társas környezetnek. Az alkoholizmus nem csupán annak a betegsége, aki iszik, hanem az egész családjára hatással van. Megbélyegzi az alkoholistát, és elszigeteli a családtagokat egymástól és a világtól. A család tagjainak érzéseit, gondolatait, cselekedeteit az alkoholista ivása, állapota határozza meg, ezért mondhatjuk, hogy az alkoholbetegség nemcsak azé, aki iszik, hanem a családé is. Az alkoholista családok a diszfunkcionális családok sorába tartoznak, amelyekben jelentős zavarok figyelhetőek meg (Ágotha, 2017). Azok a gyerekek, akik diszfunkcionális családokban nevelkednek, amelyekben korai életkorban bántalmazó vagy kiszámíthatatlan gondozásban részesültek, a stresszkezelés, a mentalizáció és a szociális készségek területén deficitet mutathatnak. Ez alapot adhat a későbbiekben kialakuló pszichopatológiáknak, ez azonban nem egyértelmű következmény, későbbi traumatizációk vagy a másodlagos kötődések hiánya szintén befolyásoló tényező lehet (Fonagy–Target, 2005).

2000-ben Anda és munkatársai végeztek arra vonatkozóan vizsgálatokat, hogy alkoholista szülők gyermekeiként felnőve, nehéz, kedvezőtlen gyermekkori élményeket, tapasztalatokat szerezve, mekkora az esélye annak, hogy a gyermek is hasonló függőség rabjává válik. Azok közül, akik negatív élményeket szereztek gyermekkorukban (családon belüli erőszak, fizikai, emocionális, szexuális abúzus, vagy válás, mentális betegség, drogabúzus, bűncselekményt elkövető családtagtag jelenléte), azok váltak nagyobb számban depresszióssá és alkoholbeteggé, akik alkoholista családban nőttek fel. Ha a diszfunkcionális családokban az alkohol nem volt jelen, akkor a gyermekek később, felnőttkorukban kisebb számban váltak alkoholfüggővé (Anda–Whitfield–Felitti–Chapman–Edwards–Dube–Williamson, 2002).

A női ivás hátterében gyakran alkoholista szülői minták állnak, vagy traumatizált gyerek- vagy fiatal felnőttkor (feldolgozatlan gyász, egyéb veszteségek) (Ágotha, 2017). A zavarok a szülők személyiségéből, magatartásmódjából erednek. A család közvetíti ugyanis azokat a kulturális normákat, amelyek később a gyerek érdeklődési körét is behatárolják. A korai gyerekkori hatások többnyire befolyásolják a későbbi társ, illetve társaság kiválasztását is (Valkai, 1987). A személy élettörténetében gyakran fellelhető az alkoholhoz való ambivalens viszony, továbbá ilyen családok gyermekeinél megfigyelhetőek

párkapcsolati és egyéni problémák (pl. elégedetlenség az élettel), amelyek hajlamosítanak a függőség kialakulására (Ágotha, 2017).

4.4. PSZICHOSZOCIÁLIS TÉNYEZŐK

Több kutatás összefüggést mutatott ki a *pszichoszociális, a biológiai és a reproduktív* tényezők között a mentális betegségek magyarázatában (WHO, 2001). A nemi különbségek vizsgálataiban a pszichológiai fejlődés eltéréseit, valamint a nemre jellemző szocializációs és megküzdési mintázatok jellegét emelték ki (Busfield, 2002; Casey, 2002; Kornstein–Wojcik, 2002). A nyugati társadalmakban a nőknél a gondoskodás és az eltérő vélemények elfogadása támogatott, a férfiaknál az „organikusan" sokkal függetlenebb és magabiztosabb viselkedés. Egy másik tanulmány szerint a nőknél a negatív érzésekkel megküzdés inkább egy befelé fókuszáló, ruminációs mintázatot mutat, míg a férfiaknál hasonló szituációkban a kifelé, az aktivitások irányába mutató megoldások jellemzőek (Nolen-Hoeksema, 1995). A lányokat arra tanítják, hogy internalizálják a stresszt, a negatív életeseményeket, míg a fiúkat arra, hogy lereagálják (Sachs-Ericsson–Ciarlo, 2000). Mindez Busfield (2002) szerint az érzelmek dichotóm klasszifikációjához vezet: vannak feminin és maszkulin érzelmek, amelynek következtében lehetnek bizonyos elvárások a viselkedést illetően. A nyugati társadalmakban vannak elfogadott vagy elvárt érzelmek a nők felé: félelem, szorongás, szomorúság és az érzelmekről való beszéd. Míg a sztereotip maszkulin viselkedés az, ha valaki nem beszél az érzelmeiről, és bizonyos negatív érzések, mint a gyűlölet és a harag, sokkal elfogadottabbak. Továbbá amíg a férfiakat nem tartja a társadalom érzelmileg zavartnak, ha megéli a haragot és a gyűlöletet, a nőknél gyakran a „rosszaság, erkölcstelenség és a bűnösség" jellemzőivel társul. Ezért Weissman és Klerman (idézi Sachs-Ericson–Ciarlo, 2000) egy olyan interpretáció mellett érvel, amelyben a nők körében tapasztalható mentális problémák az érzelmek kifejezésének társadalmi elfogadottságával függnek össze.

Habár a nők korábban keresnek segítséget (Brady–Randall, 1999), összességében sokkal kevesebb nő jut el az ellátásba (Greenfield és mtsai, 2007), aminek összetett háttere van. A nyugati társadalmakban továbbra is a nők látják el a gyermekgondozási feladatokat, ami megnehezíti a számukra, hogy a munka és a gyermekgondozás mellett kezelésbe jussanak, vagy hogy egy hosszabb vizsgálatban vegyenek részt.

4.5. A SZEREK HATÁSAI, A FÜGGŐSÉG KIALAKULÁSA

A szerek *hatásainak* vizsgálatánál olyan további befolyásoló tényezőket érdemes figyelembe venni, mint a fiziológiai tényezők, életkor, testsúly, a szerhasználat módja.

A kutatások szerint a férfiak és a nők másképp reagálnak – biológiai szinten és a szubjektív megélés terén is – a különböző szerekre. Bizonyos kutatások szerint a nők fiatalabb korban kezdenek el szereket használni, de gyorsabban alakul ki náluk a függőség, és korábban jutnak el kezelésbe. Ez az ún. *teleszkóp-jelenség (telescoping)* (Greenfield–Back–Lawson–Brady, 2010; Hernandez-Avila–Rounsaville–Kranzler, 2004). A jelenséget a női szerhasználati zavarokkal foglalkozó kutatások rendszeresen leírják ópiát-, kannabisz- és alkoholhasználat esetében (Hernandez-Avila–Rounsaville–Kranzler, 2004). A nőknél a szerekkel való kísérletezés után gyorsabban kialakul a függőség, mint a férfiaknál, így a nők súlyosabb klinikai problémákkal kerülnek kezelésbe (pl. egészségügyi állapot, viselkedési, pszichológiai és szociális problémák), még akkor is, ha kevesebb szert fogyasztottak, és rövidebb ideig (Greenfield–Back–Lawson–Brady, 2010). Az első alkoholfogyasztással összefüggő élmény és a kezelés keresése között általában kevesebb idő telik el nők esetében, és gyorsabb progresszió figyelhető meg (pl. rendszeres ivóból kontrollvesztő ivóvá válás) (Piazza–Vrbka–Yeager, 1989; Randall – Roberts – Del Boca – Carroll – Connors – Mattson, 1999). Az alkohol mellett a kokainfogyasztóknál is megfigyelték a teleszkóp-jelenséget. Kosten és munkatársai vizsgálatai nagyobb mennyiségű és intenzívebb használatot mutattak ki nőknél. A használat jellege is különbözött: a nők inkább partnerkapcsolatban, a férfiak inkább társas alkalmakkor használták a kokaint (Kosten–Kosten–McDougle és mtsai, 1996).

A függőség kialakulásában és szakaszaiban is vannak eltérések nők és férfiak között. A legális és illegális szerek használatában például a nőknél a dohányzás, a férfiaknál az alkoholfogyasztás játszik nagyobb szerepet (Tuchman, 2010).

A biológiai különbségek egyértelműek a szerek metabolizmusát illetően, vagyis abban, ahogyan a női, illetve a férfi szervezetben a különböző szerek anyag-, energia- és információáramlása történik. A nőknél hamarabb jelentkezik a lelki és élettani funkciózavarral járó, mérgezéses tünetekkel jellemezhető állapot (intoxikáció), amely radikális változásokat okoz az észlelés, az érzelmek és a viselkedés területén. Például a nők hamarabb kerülnek intoxikált állapotba ugyanannyi alkohol hatására, mint a férfiak, ami a szervezet víztartalmával lehet összefüggésben (Tuchman, 2010). A testsúlynak is fontos szerepe lehet a szerek lebontásában és feldolgozásában, amely eltérő lehet nők-

nél és férfiaknál (Beierle–Meibohm–Derendorf, 1999). A nikotin például gyorsabban metabolizálódik a nőknél, mint a férfiaknál (Benowitz és mtsai, 2006). Az alkohol feldolgozásában is vannak lényeges különbségek a test felépítéséből következően. Mivel a férfiak teste nagyobb arányban tartalmaz testzsírt, ugyanaz az alkoholmennyiség (a nőknél alacsonyabb víz- és zsírtartalom jellemző) más következményekkel jár: alacsonyabb véralkoholszint és kevesebb viselkedéses reakció várható a férfiaknál (Han–Ewans, 2005). A testfelépítés és a szerek feldolgozásának különbségeiből fakadó eltéréseket érdemes figyelembe venni a vizsgálatok megtervezésekor.

A droghasználó nők többféle *egészségügyi következménytől* szenvednek. Nagyobb arányban fordul elő körükben májbetegség, magas vérnyomás, anémia (vészes vérszegénység) és emésztési zavarok. A nemspecifikus, droghasználattal összefüggő vagy annak hatására kialakuló betegségek kockázata is megnő a nők körében, jellemzően meddőség, hüvelyi fertőzések, vetélések és koraszülés. A szerhasználó nők nagyobb eséllyel fertőződnek meg HIV-vírussal (Tuchman, 2010; Nelson-Zlupka–Kauffman–Dove, 1995).

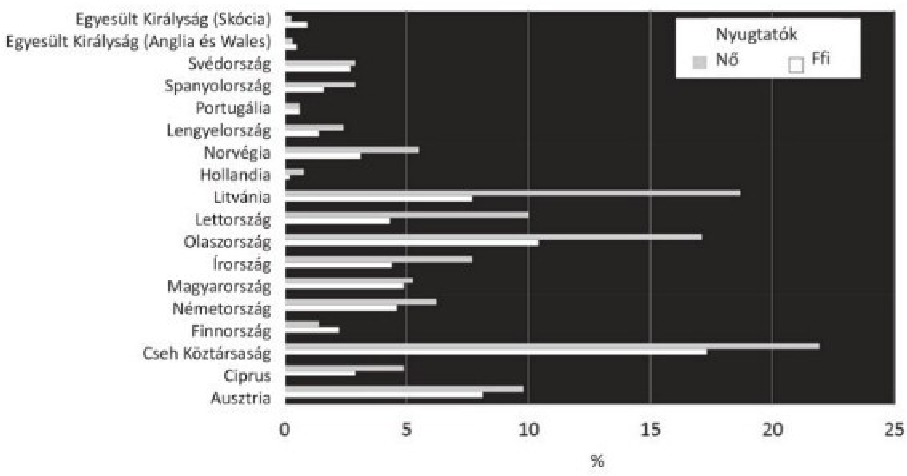
A kisebb mennyiségű alkoholfogyasztás és rövidebb szerhasználati időszakok ellenére komolyabb betegségek alakulnak ki nőknél, pl. májzsugorodás (Zhang és mtsai, 1999). Posztmenopauzális korban lévő alkoholbeteg nőknél nagyobb eséllyel alakul ki mellrák, a rák esélye is nagyobb a nők esetében, az alkohol mennyiségétől függetlenül (Urbano-Marquez és mtsai, 1995; Smith és mtsai, 1998; Zhang és mtsai, 1999). A dohányzás hatására tüdőrák, érelzáródás és más tüdőbetegségek esélye is nagyobb nőknél, valamint a krónikus alkoholbeteg nőknél a halálozás aránya 50–100%-kal nagyobb, mint a hasonló alkoholhasználati mintázattal rendelkező férfiaknál (US Department – Health and Human Services, 2001).

4.6. EPIDEMIOLÓGIA – LÁNYOK/NŐK SZERHASZNÁLATÁNAK ELTERJEDTSÉGE EURÓPÁBAN ÉS MAGYARORSZÁGON

Egy 2017-es kutatási jelentés szerint az Európai Unióban a 15 és 64 év közötti nők közül 34,8 millióan próbáltak már ki valamilyen drogot életükben, ez a szám a férfiak körében 54,3 millió volt (EMCDDA, 2017). A legnagyobb arányban Franciaországban (33%), Dániában (30%) és az Egyesült Királyságban (29%), a legkisebb arányban Máltán (1%), Törökországban (2%) és Görögországban (4%). A droghasználat nagyobb mértékű volt a fiatal nők, mint az idősebbek körében (EMCDDA, 2017). Egész Európában jellemző, hogy a nemi különbségek nagyobbak az intenzív és rendszeres droghasználók körében

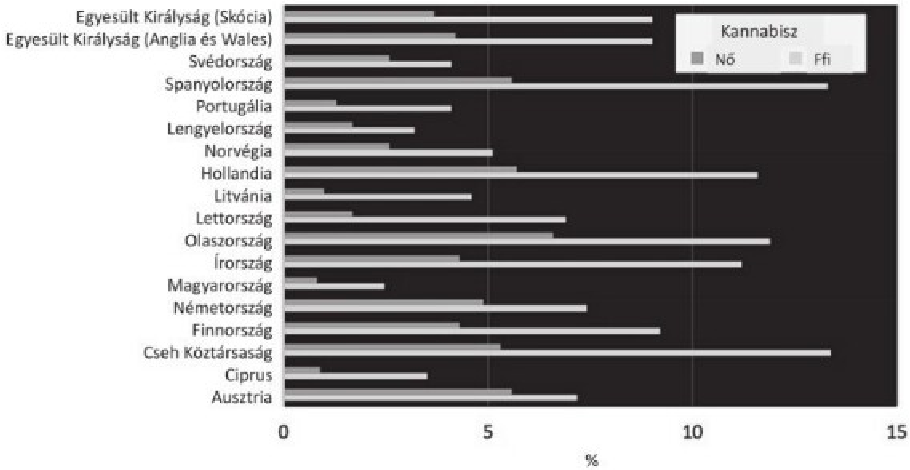
(EMCDDA, 2017), és a nemek közötti különbségek kisebbek a fiatalabb korosztályban (EMCDDA, 2016, 2017). Az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala (UNODC) a 2018-as éves jelentésében kiemeli, hogy nagyobb arányú a kannabisz, a kokain és az ópiátok használata a férfiak körében (lásd 3. ábra), míg a nem gyógyászati célú opioidok és nyugtatók használata azonos vagy nagyobb arányú a nők körében (2. ábra). Az ENSZ globális jelentése kitér arra, hogy óriási különbségek lehetnek az országok között, és a fejlett országokból sokkal több adat áll rendelkezésre. A nyugati társadalmakban például sokkal kisebb a különbség a férfiak és a nők szerhasználata között, különösen a jelenlegi, illetve a közelmúltbeli, a fiatalabb férfiak és nők körében. Ennek oka az illegális szerekhez való hozzáféréssel magyarázható, illetve azzal, hogy milyen társadalmi/kulturális norma köthető a nemekhez, ezért több kutatás azt feltételezi, hogy ha a nőknek és férfiaknak ugyanolyan hozzáférése lenne, akkor sokkal kisebb lenne a nemek közötti különbség (UNODC, 2018).

3. ábra. Az éves nem gyógyászati célú nyugtatóhasználat a 15–64 éves korosztályban Európában 2016-ban. Forrás: UNODC, 2018: 15



Az ESPAD-vizsgálatokban évek óta egyre csökkenő tendenciát figyelnek meg a nemi különbségekben az iskoláskorú (15–16 éves) korosztály alkohol- és drogfogyasztásában (ESPAD Group, 2016) Európa-szerte. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 36 ország fiataljainak alkoholfogyasztási szokásait hasonlította össze. A 2010 és 2014 között készült felmérésben azt mérték fel, hogy a 15 éves fiúk és lányok hány százaléka volt már legalább kétszer részeg. A magyar fiataloknál ez az arány 41, illetve 33 százalék volt (WHO, 2015).

4. ábra. Az éves kannabiszhasználat a 15–64 éves korosztályban Európában 2016-ban. Forrás: UNODC, 2018: 15.



Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children; HBSC) elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés eredményei a magyarországi iskoláskorú gyerekek szerhasználatáról és egészségviselkedésében számos nemi különbséget feltárt. Habár a dohányzást valaha kipróbálók között nincs szignifikáns különbség a nemek tekintetében, ugyanakkor a 9. évfolyamos lányok szignifikánsabban nagyobb arányban dohányoztak a kérdezést megelőző egy hónapban, valamint a fenti vizsgálat azt is feltárta, hogy 14 éves korban inkább a fiúk, míg 15 éves korban inkább a lányok próbálják ki nagyobb arányban a cigarettát (Arnold, 2014a). Az alkoholfogyasztás általában jobban érinti az iskoláskorú fiúkat, a lányok jellemzően 14–16 éves korban ittak először alkoholt, és ekkorra tehető az első részegség élménye is (Arnold, 2014b). Ugyanakkor a többi szakirodalommal összhangban a lányok esetében az alkohol és gyógyszer használata kétszer akkora, mint a fiúknál, továbbá a gyógyszer visszaélésszerű használata és a ragasztó/oldószer kipróbálása is (Arnold, 2014c). A tiltott szerek használata a fiúknál jellemzőbb (Arnold, 2014c).

A Global Drug Survey 30 országban összesen 123 814 fő részvételével végzett online felmérésének legfrissebb, 2018-as adatai alapján megállapították, hogy a 25 év feletti nők bánják meg leginkább a részegséget elérő alkoholfogyasztást (elsősorban német nyelvterületről származó adatok). A megkérdezett nők harmada számolt be arról, hogy alkohol vagy más szerek fogyasztása

esetén úgy tapasztalták, hogy szexuális vagy más célú visszaélés áldozataivá válnak. Ezen esetek 90%-ában az alkohol játszott szerepet és az incidensek 67%-a az otthonukban történt. Ugyanakkor beleegyezés nélküli, szerhasználat befolyása alatt megtapasztalt szexuális visszaélésről a férfiak 48%-a is beszámolt (GDS, 2019).

Magyarországon is elkezdődött a konvergálás a 2000-es évek elején. Az 1995 és 2002 között gyűjtött ESPAD-adatok szerint a fiúk és lányok alkoholfogyasztási szokásai közelednek egymáshoz, „mégpedig oly módon, hogy a lányok által elfogyasztott alkohol mennyisége, a fogyasztás gyakorisága és a szélsőségesebb fogyasztási formák előfordulása a lányoknál egyre jobban közelít a fiúkéhoz" (Elekes, 2004: 531). 2002-ben a lányok között már elterjedtebb a havi rendszerességgel történő dohányzás, a napi rendszerességgel történő dohányzás elterjedtsége pedig gyakorlatilag azonos a két nemnél (uo.). A 2015-ös ESPAD-adatok hasonló eredményeket és tendenciákat mutatnak. A nyugtatók és altatók használatának elterjedtsége 2010-ig stabil 12-13%, s a felmérés szerint az ezekhez való hozzáférést „könnyűnek", illetve „nagyon könnyűnek" ítélték meg. Az illegális szerek közül az első a kannabisz a kipróbálásban. A kannabisz kipróbálása 1-2 alkalommal rekreációs jelleggel jellemző. Az illegális szerek kipróbálása 2005-ig nőtt, 2007-ig stagnálás és csökkenés jellemzi.

A felnőtt (18–64 éves) nők között a 2000-es évek elején a legálisan kapható nyugtatók és altatók használata a leggyakoribb (41,7%-uk próbálta ki valaha). Az illegális szerek kipróbálása nőtt a 2000-es évek elejéről 2007-re (3,7%-ról 6,6%-ra), a visszaélésszerű (javaslat vagy felírás nélkül használt) nyugtatók és altatók használata 2011-ben 19% volt a felnőtt lakosság körében. A fiatal felnőtt (18–34 éves) nők illegálisszer-használata a 2000-es évek elejétől folyamatosan növekvő tendenciát mutat (2001: 9,3%, 2003: 14,8%, 2007: 15,1%), a legális altatók és nyugtatók használata azonban 30-ról 9%-ra esett vissza (NDF, 2011).

A kezelési statisztikák a különböző szertípusokhoz különböző korosztályokkal azonosítottak 2011-ben (NDF, 2011). A kannabiszhasználat miatt kezelést keresők jellemzően 15–24 év közöttiek, az ópiáthasználat miatt kissé idősebb korban, s a nyugtatók/altatók miatt 35 év felett. A kannabisz esetén az első használat után jellemzően 2–4 évvel kerestek kezelést, míg a legális szerek esetén a látencia 8 év. A tűcserék női klienseinek aránya 2011-ben az ártalomcsökkentő szolgáltatást igénybe vevők negyede volt, jellemzően 25–34 év közötti korosztályban (NDF, 2011).

4.7. A SZERHASZNÁLÓ LÁNYOK ÉS NŐK ÉLETCIKLUSBELI JELLEMZŐI

A szerhasználó lányok és nők jellemző mentális betegségei: depresszió, szorongásos zavarok, étkezési zavarok és öngyilkossági kísérletek. A mentális betegségek kialakulásában a biológiai prediktorok mellett hangsúlyos szerepe van a pszichoszociális tényezőknek.

Az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA, 2018) összefoglalása alapján a depresszió életkortól és élethelyezettől függően megjelenik a krónikus fáradtság, a posztnatális depresszió vagy sokszor szomatizációs zavar képében, és fiatal lányoknál is jellemző lehet az alacsony önértékeléssel összefüggésben. A fiatal nők tudatosan vagy tudattalanul elkezdik tagadni a társadalmi elvárásoknak nem megfelelő értékeiket, ezért gyakoribb az öngyilkossági kísérletek száma, mint felnőttkorban. A szorongásos zavarok formái a PTSD és más trauma okozta zavarok (akut stresszzavar, generalizált szorongás), pánikbetegség, obszesszív-kompulzív zavar. A felnőtt alkoholfüggők kb. 75%-a szenvedett el gyermekkori abúzust, sokszor szexuális erőszakot. A szerhasználat átmenetileg segít megszabadulni a fájdalmas emlékektől, ezért a trauma kezelése központi elem a szerhasználó nőkkel való munkában. Az étkezési zavarok a társadalom elvárásainak való megfelelés tünetei is. A lányok számára egyfajta kulturális elvárás a vékony test, valamint az elégedetlenség a saját testtel. Korai serdülőkorban a gyorsabban fejlődő lányoknál nagyobb a rizikó az étkezési zavar kialakulására, amelynek oka részben az, hogy a hormonális és testi változások miatt „kövérnek" láthatják magukat. A testükkel elégedetlenebb fiatalok körében gyakoribb a szerhasználat is.

A szerhasználó nők életében a pszichoszociális tényezők közül a szocializáció, a feldolgozatlan negatív életesemények és a sérülékenység emelendő ki. A szocializáció hatással van a megküzdési mintázatokra; a lányok és nők ellentmondásos szerepekkel és jogokkal találkoznak életük során. Ezzel összefüggésben állnak az olyan negatív életesemények vagy stresszes szituációk, mint a gyermek- és felnőttkori traumák, a fizikai és szexuális abúzus, a társadalmi és gazdasági hátrány (marginalizálódás), a nem tervezett/várt terhesség, a párkapcsolati zavarok, a betegségek, a társas támogatás hiánya. Az egyedülálló anyák, az etnikai kisebbséghez tartozó, az idősebb, a vidéken/szegregátumokban élő és a hajléktalan nők sérülékenysége fokozottabb.

4.7.1. Serdülőkor

A serdülőkor a fizikai változások és a pszichoszexuális fejlődés szakaszai közül is az egyik legproblémásabb időszak (Latino, 2002). Az epidemiológiai adatokból tudjuk, hogy serdülőkorban a szerhasználat a fiúk és a lányok között nem mutat nagy különbséget: néhány aspektusban ugyanolyan mértékű a szerfogyasztás (dohányzás), és van, ami a lányokra jellemzőbb (gyógyszer visszaélésszerű használata).

Míg a vizsgálatok szerint a korábbi generációknál később kezdődött a függőség, manapság sokszor már serdülőkorban elkezdődik. Ennek oka a szociális szerepek változásával magyarázható (APA, 2018). Több tényező hatására (internet, média, felgyorsult világ) a lányok másfajta ingereknek vannak kitéve a fejlődésük során, mint a korábbi generációk. Ahhoz, hogy eredményesen tudjunk dolgozni serdülő lányokkal, fontos megérteni az általános fejlődési jellemzőket (pl. a szexualitás kérdése, elszakadás a szülőktől, identitás kialakítása), a jellemző társadalmi-kulturális hatásokat (pl. a magazinok címlapjai által kommunikált „ideális" kinézetű nők). Ugyanakkor minden látszat ellenére nem szabad őket fiatal felnőttként kezelni, aminek elsődleges oka az idegrendszeri állapotbeli különbség a serdülőkor és a fiatal felnőttkor között (pl. frontális lebeny átstrukturálódása, fejletlenebb impulzivitás, gyengébb ítélőkészség).

A szakirodalom szerint az egyik legsérülékenyebb időszak a kora serdülőkor (12–14 év). Ekkor a gyerekkori biztonság elvesztése olyan rizikótényező lehet, amely szerhasználathoz vezethet. A szerhasználat egyfajta „hamis érettség" megszerzését, a fájdalmas érzelmektől való megszabadulást jelentheti a számukra. Ebben a korban nagy különbségeket találunk a testi és érzelmi fejlettségben a lányok között (O'Dea–Abraham, 1999; Rierdan–Koff, 1997). A nyugati társadalmakban előre tolódott a menstruáció, amely átlagosan 12 és fél éves kor körül kezdődik. A korai érés különféle ellentmondásos következményekhez vezet: nagyobb mértékű elégedetlenség a testtel, nagyobb mértékű öntudatosság, amelyek megnövelik a korai szexuális kapcsolatok és az evészavar valószínűségét. Érzelmi szinten a korábban menstruáló lányok számára ez olyan, mintha elveszítenék a kontrollt a testük felett. A kontroll visszaszerzésének egyik módja a szerhasználat lehet. Ugyanakkor a szégyen és a zavar, a szerhasználat okozta testi tünetekkel együtt, depresszióhoz, negatív önértékeléshez vezethet. A szerhasználat a szubkultúrához tartozás kifejezéseként az öndefiniálás eszközévé is válhat, tehát a szerek töltik be a vákuumot (Pipher, 1994). A kíváncsiság, az új dolgok kipróbálásának igénye megjelenik a lányoknál is, de sokkal inkább a fiúkra jellemző. A lányoknál főleg a szégyenérzés, illetve annak leküzdése áll a szerhasználat hátterében. A szégyen-

érzet oka sokféle lehet: fizikai változások, új iskolai körülmények, önkritika, bullying. A szerhasználat a kortársakkal való összekapcsolódás élményét nyújthatja, a fiatalok idősebbnek, függetlenebbnek és merészebbnek érezhetik magukat. Megjelenik az öndefiniálás nehézsége is – hasonlítani másokhoz, de el is térni tőlük. A családi dinamikának fontos szerepe lehet. Rizikótényezők: alkoholizmus a családban, magas mobilitás, konfliktusok, az iskolához való kötődés hiánya, csekély szülői támogatás, gyengébb iskolai teljesítmény, legális vagy illegális szerek használata a hozzátartozóknál vagy a kortársaknál.

Az epidemiológiai adatok a serdülőkor közepe táján számolnak be a legmagasabb arányú szerhasználatról. Nem ismert ennek a pontos oka, de számos tanulmány (APA, 2018) a szociális szerepek megismerése és a saját célok közti ütközéssel magyarázza a magas prevalenciát. 15-16 éves korba lépve összességében jobban integrált már a személyiség. Kiemelten fontos az egészséges kapcsolatok kialakítása és megtartása (a lányok a közelebbi barátoknak akarnak megfelelni, a fiúk inkább a nagyobb csoportnak). A lányokra jellemzőbb a jobb verbalitás, a hatékonyabb megküzdési képességek és az érzelmek kifejezése. Az elégtelen megküzdési képességekkel rendelkező lányok gyakran szerhasználat révén próbálnak megfelelni a kortársaknak.

A késő serdülőkor (17–18 év) további változások, normatív krízisek időszaka lehet, pl. elköltözés a szülőktől, egyetem elkezdése, amelyek ambivalens érzéseket keltenek. A megnövekedett önreflektív kapacitás a korábbi negatív és pozitív tapasztalatok, a sikerek és a kudarcok összegzését, a jövőbeli elvárások megfogalmazását válthatja ki. Ebben a pszichoszociális fejlődési szakaszban a fejlődési cél az autonómia elnyerése, a közelség és szeparáció közti egyensúly megtalálása, valamint a jelentőségteljes, intim kapcsolatok fontossága (Erickson, 2002). Azoknak, akik korábban droghasználók voltak, nehezebb elérniük az autonómiát (hátráltató tényező ebben a korábban elért „ál-" vagy hamis identitás), külsőre érettnek tűnnek, de gyakran kritikusabbak önmagukkal szemben, és interperszonális kapcsolati nehézségeik vannak. A vizsgálatok erősebb összefüggést találtak az időszakos rohamivás és az agresszió között – különösen azoknál a 17–21 éves fiatal nőknél, akiket eltanácsoltak a középiskolából (Wells–Speechley–Koval–Graham, 2007).

4.7.2. Fiatal felnőttkor

Az egyetemista nők számára a szerhasználat (elsősorban az alkohol) a szociális szorongás, a szemérmesség leküzdésének eszköze, valamint a 18 éves kor előtti szexuális élmények (pl. gyermekkori szexuális abúzus) feldolgozására

tett kísérlet (APA, 2018). Bacon és Hyman (1979) az USA-ban 27 éves utánkövetéses vizsgálatuk folyamán 1099 nőt kérdeztek meg a tapasztalataikról. A szerhasználat fő motivációi náluk a szemérmességgel, a szorongással és a depresszióval való megküzdés, valamint a testkép, a megfelelő vékony testalkat elérése voltak (Zilberman, 2009).

A vizsgálatok (idézi Zilberman, 2009) szerint a nők pályafutására kezdetben meredeken felfelé ívelő, majd hanyatló pályaív jellemző. Az alkoholista vagy függőségre hajlamos nők kisebb ellenállástól is letörnek, megfutamodnak, gyakrabban munkahelyet változtatnak, majd mindent megtesznek, hogy újra dolgozni kezdhessenek egy másik helyen. Munkahelyváltásuk másik jellemzője, hogy nem megfontoltak, nem gondolkoznak előre, óriási terhet róva ezzel hozzátartozóikra. Ezen a képzeletbeli skálán mozogva, attól, hogy valaki másokon élősködik, nem dolgozik, abbahagyja a tanulást, eljuthatunk a másik véglethez, ahol az a jellemző, hogy az egyén túl sokat vállal, nem marad számára más, csak a munka, és éppen emiatt roppan össze, és nyúl az alkoholhoz megoldásként (Valkai, 1987). Az iskolázott, magas beosztású alkoholista nőkre jellemző, hogy betegségüket – az előítéletek, stigmák miatt – a végsőkig titkolni akarják, ezért jellemző rájuk a zugivás. Ez azonban egyre több hazugsággal, szorongással és bűntudattal jár, ezek leküzdésére pedig még több alkohol szükséges. Elekes és Liptay (1986) „vizsgálatainak adatai azt mutatták, hogy a nagyivó nők egyik csoportját a magas iskolai végzettséggel rendelkező, vezető beosztású, értelmiségi nők alkotják. A lakóhelyi adatok arra utaltak, hogy az ivás »választása« a nők esetében a városi életformával jár együtt." (Elekes, 2004: 516)

4.7.3. Felnőttkor

Ez az időszak egy olyan átmenetet képez, amikor a személy összegzi és értékeli eddigi életét, annak irányát. Az ideiglenes személyiségből felnőtt személyiséggé válik (Hollis, 1993; Erikcson, 2002). Mint minden átmeneti szakaszra, erre is jellemző, hogy ha nem megfelelően zajlik, a személy túlterheltnek vagy magára hagyottnak érzi magát. Az „ideiglenes személyiség" számára a külső, veszélyes világban egyfajta biztonságot jelent a szerhasználat (vö. szelfmedikalizáció, Khantzian, 1997 – így küzd meg a feldolgozatlan traumával). Keresi a társaságot, hogy ne érezze magát magányosnak, elkezd alkoholt vagy más szereket használni, hogy enyhítse a negatív érzelmeket. Ezek a megküzdési módok ebben a korban is maladaptívak lesznek. A szerhasználó nő érzi, hogy a régi megküzdési módok már nem olyan hatékonyak, de a formálódó függő-

ség hatására azokat még gyakrabban s intenzívebben használja, ez szégyenérzettel jár, amely később szorongássá, depresszióvá alakul (Waite-O'Brien, 2002). Az egzisztenciális szorongás is megjelenik.

A középkorú nők elkezdik megkérdőjelezni fiatalkori nézeteiket. Gyakran számolnak be az ebben az időszakban megélt fogalmi zavarról (függetlenség, kiállni magukért, konformitás, alkalmazkodás) és az életük során kapott különböző üzenetek közötti ellentmondásokról. A pszichológiai egészséghez létfontosságúak a kapcsolatok (törődés, intimitás); az egészséges, érett kapcsolatok kreatívak és energiával töltik fel az egyént, a felek empatikusak és a kapcsolat teret ad az érzelmeink és gondolataink kifejezésére. A szerhasználat is egyfajta kapcsolat illúzióját kelti. Segít tolerálni a kapcsolatok hiányát, vagy éppen segít egy függő partnerhez közelebb kerülni, máskor viszont a nem függő partner elvesztéséhez vezet (Zilberman, 2009). Nehéz megbecsülni a középkorú nők szerhasználatának gyakoriságát, a társadalom sokszor „vak" a problémára, vagy elfedi azt valamilyen más – főleg egészségügyi – probléma, betegség (APA, 2018).

Nem hanyagolható el a fiziológiai jellemzők változása sem. Például a kor előrehaladtával az alkohol máshogy hat a nőkre, akik több szempontból egyre sérülékenyebbek lesznek (Brady–Grice–Dunstan–Randal, 1993; Freeza és mtsai, 1990; Lane és mtsai, 1992; Hill, 1984). Ugyanannyi alkohol elfogyasztása után a vérben magasabb alkoholkoncentráció mutatkozik (ugyanis alacsonyabb a folyadék mennyisége a testükben, így az alkohol metabolizmusa gyorsabb), jobban károsodik a szervezet (pl. máj). A menopauza után nagyobb az esély a mellrák és a szívelégtelenség, valamint agyi problémák kialakulására. Habár a férfiaknál ritkábban vezetnek ittasan, de ennek előfordulása esetén többször okoznak balesetet. Egyes feltételezések szerint az ösztrogén magasabb szintje miatt pl. a kokain hatása erősebb lehet az ebben az életkorban levő nőknél.

A felnőttkorban jellemző függőség pszichológiai velejárói a depresszió és a szorongásos megbetegedések. A hosszú távú alkoholfogyasztás és más szerhasználat depresszióhoz vezethet, a drogfogyasztás pedig szorongásos megbetegedésekhez, extrém esetben a realitásfunkció súlyos károsítása következtében mentális leépülés figyelhető meg, és akár pszichózishoz is vezethet. Felnőtt nőknél a depresszió és szégyen összefüggései és magasabb prevalenciaértékei figyelhetők meg. A depresszió gyakran komorbid az alkoholizmussal (30–70%) (Waite-O'Brien, 2002).

A felnőttkorban kialakuló szerhasználatnak és függőségnek többféle pszichológiai és szociális oka lehet. Az egyik lehetséges magyarázat az, hogy a düh kifejezése nőknél társadalmi elítélés alá esik (így befelé fordítják a negatív

érzelmeiket). Továbbá a szenvedélybeteg nők gyakran fizikai vagy szexuális abúzus korábbi áldozatai, és a traumájuk nem került feldolgozásra. A nők a kapcsolati problémákra sokkal érzékenyebbek, és jobban felelősnek érzik magukat, mint a férfiak. A serdülőkorban erőtlennek érzik magukat a férfiak dominálta társadalommal szemben, és már elveszítették a fiatalabb korban megélt reményt. A létrejött komorbid zavarok, mint a depresszió, még nehezebbé teszik a gyógyulást (reménytelenség, érdeklődés és motiváció elvesztése, kapcsolatok hiánya, alacsony energiaszint stb.).

A felnőtt nőknél gyakran megjelenik az egzisztenciális szorongás. Már több álláson túl vannak, a munka gyakran nehezedik rájuk nyomásként, s a munkahelyi problémák jelentkezése idején sokszor már elvált anyaként nevelik a gyerekeket, vagy felnőtt gyerekükkel élnek együtt. Elkezdődnek a testi változások. Láthatatlannak, vállalhatatlannak érzik magukat (magazinokban ritkán látunk középkorú nőket), sokkal érzelmesebbeké válnak, nehezebben kezelik a súlyproblémákat, könnyebben híznak, sokszor nem tudnak jól megküzdeni az öregedéssel és az ezzel járó érzelmi stresszel.

Habár a nők szerfogyasztása kikerült a tabuk közül, az alkohol hatása alatt álló nőket továbbra is megvetés övezi, ami szégyenérzést okozhat, és titokban történő szerhasználathoz vezet. A felnőtt szerhasználó nők kezelésbe kerülése éppen ezért viszonylag nehéz. Az illető gyakran maga is tagadja, illetve a környezete sem veszi észre a problémát. A kezelés megkezdését elhúzódó döntés előzi meg a számos felelősség és feladat miatt (azonkívül nehéz úgy dönteni, hogy magára szán időt, magával foglalkozik, és nem másokkal törődik). Fontos volna az életkor specifikumainak megfelelő kezelés, de ez gyakran hiányzik az ellátórendszerből. Figyelemmel kellene lenni az öregedés folyamatára, a társadalmi nézőpontokra és megítélésekre, a gyerekkori trauma lehetőségére, a komorbid betegségekre, a másokkal való kapcsolat igényére (Waite-O'Brien, 2002).

4.7.4. Időskor

Az időskori női szerhasználat „láthatatlan járvány", amelynek elemzése nagyrészt hiányzik a szakirodalomból is (Katz, 2002). Az idős nők körében az alkoholizmus és a gyógyszerfüggőség (főként benzodiazepin) a két leggyakoribb függőségi probléma. Az alkoholprobléma megjelenésének aránya a nyugati társadalmakban 3–25%, de attól is függ, hogy kit nevezünk idősnek, milyen populációt vizsgálunk, mi az alkoholizmus kritériuma (Katz, 2002). A kvalitatív vizsgálatokból kiderült, hogy az idős nők a kérdőívekben gyakran letagadják

az alkoholhasználatot (CASA, 1999; Gurnack, 1997). A vényköteles gyógyszerek hatása gyakran veszélyesebb idősebb nőknél, amelynek oka a megváltozott anyagcsere, valamint az, hogy más gyógyszereket is szednek (Finlayson, 1997; Gomberg, 1992). Az idős szerhasználó nőknél gyakrabban jelentkezik demencia, kognitív visszaesés, nagyobb a kórházba kerülés veszélye (Roy–Griffin, 1990).

Az idősekhez való viszonyulás az age-izmus és a szexizmus jelenségeivel jellemezhető. A médiában a fiatalság és a szépség uralkodik, központban az autonómia, produktivitás, hatékonyság. Ezzel egy időben egyre több a negatív, sztereotipikus nézet az öregséggel kapcsolatban, amely a fiatalság-központú társadalom védekezése a sebezhetőséggel, a kiszolgáltatottsággal kapcsolatos félelemmel szemben. Ez az attitűd az idősek diagnózisának, kezelésének elmaradásához vezethet, mert a tüneteket a kornak tulajdonítjuk (Genevay–Katz, 1990).

A szexizmus hatásai közé tartozik az, hogy más elvárások fogalmazódnak meg egy idős nővel és egy idős férfivel szemben (pl. nagyszülői szerepek és a testi öregedés jeleinek elfogadása). A külső és általában a fiatalság túlértékelése (lásd fogyasztói kultúra) sokkal nagyobb problémát jelent a nőkre nézve, mint az alkoholhasználatuk elítélése. A középkorú vagy idős nők alkoholizálását megvetendőnek tartjuk, a fiatalokét ellenben természetesnek, lazának, vagánynak, nonkomformnak, ezért díjazzuk. Az idős nőre viszont egyszerre sújt le minden. A biológiai, a kapcsolati változások, a fölöslegességérzés és a környezet lebecsülő viszonyulása (vö. Kopp és mtsai vizsgálatai). Az idős nők gyakran az alkoholban és gyógyszerekben keresik a magány és a külső kritikák kiváltotta negatív érzelmek ellenszerét, ugyanakkor maga a drog is elmagányosodást, boldogtalanságot és visszaesést jelent az élet számos területén.

Összefoglalva: az idősekkel szembeni előítéletek (age-izmus) és a szexizmus internalizálódnak, és akár a klinikusokat is befolyásolhatják, ez pedig tovább nehezíti az idős szerhasználó nők diagnosztizálását és kezelését.

5. táblázat. A szerhasználó nők életciklusbeli jellemzőinek, rizikótényezőinek és lehetséges következményeinek összefoglaló táblázata

	Jellemzők	Rizikótényezők	Lehetséges következmények
Serdülőkor			
kora serdülőkor (12–14 év)	Gyerekkori biztonság elvesztése	„Hamis érettség" megszerzése	Fájdalmas érzelmektől megszabadulás szerek által
	Testi és érzelmi fejlődés	Korai érés	Elégedetlenség a testtel
	Menstruáció	Korai érettség érzése, korai szexuális kapcsolatok, a kontroll elveszítésének érzése a test felett	Elégedetlenség a testtel, étkezési zavarok Negatív önértékelés, szégyen – depresszió
	Frontális lebeny fejletlenebb	Impulzivitás, gyengébb ítélőkészség	
	Serdülő lányok agya hamarabb érik, mint a fiúké – fejlettebb önkontroll, érzelmi reguláció	Kételkedés önmagukban – a nők szociális helyzete miatt	
közép-serdülőkor (15–16 év)	Jobb verbalitás, megküzdési képességek érzelmek kifejezése	Alacsony megküzdési képességekkel rendelkezik	Droghasználat által akar megfelelni a kortársaknak
	Család szerepének csökkenése	Előtervezés nehézsége, érzelmi fejlődés nehézsége, alacsony önbecsülés, depresszió, csavargás és lógás az iskolából	
késő serdülőkor (17–18 év)	Autonómia elnyerése, közelség és szeparáció közti egyensúly megtalálása	Korábban megszerzett „hamis érettség"	Külsőre érettnek tűnnek, de kritikusabbak magukkal szemben, és interperszonális kapcsolati nehézségeik vannak
		Iskolaelhagyás	Agresszió, rohamivás
Fiatal felnőttkor			
	Jelentőségteljes, intim kapcsolatok fontossága	Irreális elvárások	Szorongással és depresszióval járó zavarok, a testkép, a megfelelő vékony testalkat elérése tett gyakorlatok
	Elköltözés, új közeg (pl. egyetem)	Szociális szorongás, szemérmesség legyőzése	
Felnőttkor			
	Terhesség, anyaság	Testi, érzelmi változások	Posztnatális depresszió
		Láthatatlanság-érzés a társadalomban	
		Magány	
		Egzisztenciális szorongás	

Időskor			
	Age-izmus	Magány, negatív érzések	
	Szexizmus	Kétségbeesés	Időskori depresszió
	Menopauza	Testi, érzelmi változások	Megküzdési eszközök kimerülése

5. SPECIÁLIS SZERHASZNÁLÓ NŐI CSOPORTOK

5.1. A SZERHASZNÁLÓ VÁRANDÓS NŐK JELLEMZŐI1

Az anyaság és szerhasználat sokrétű problémaköre az illegálisszer-használat, a várandósság és a női test társadalmi és pszichológiai összefüggéseiben, valamint a szociális reprezentációkban ragadható meg.

A szerhasználó várandós és kisgyermekes nők témaköre olyan komplex probléma, amely szülészeti-nőgyógyászati, addiktológiai, pszichiátriai, szociális, pszichológiai, illetve morális és személyes kérdéseket is felvet (Bonati–Bortolus–Marchetti–Romero–Tognoni, 1990; Chavkin, 1990; EMCDDA 2000; Gyarmathy–Giraudon–Hedrich–Montanari–Guarita–Wiessing, 2009). Pontos magyarországi adatok nem állnak rendelkezésre az illegális vagy legális szereket használó nők számáról és a probléma prevalenciájáról. Ennek hátterében a szerhasználó nők rejtőzködő magatartása, a terhes nők és kisgyermekes anyák társadalmi megítélése, valamint az egészségügyi-szociális hálózat jelzőrendszerének hiányosságai állnak.

A demográfiai adatok szerint a 2000-es években a szülések vállalásának időpontja jelentősen megváltozott, a húszas életévek végére és a harmincas életévek közepére tevődött át (KSH, 2011). Az iskoláskorú és a felnőtt népességben (14–64 évesek) tapasztalható illegitim droghasználat, de különösen a szülőképes női életkori csoportokban tapasztalható droghasználat (Paksi, 2003; Paksi–Arnold; 2007; Nemzeti Drog Fókuszpont, 2010; HBSC, 2011) arra utal, hogy nőni fog a szerhasználó, majd terhessé váló nők aránya, sőt azoké is, akik a droghasználatukat a terhesség alatt sem hagyják abba. Jelenleg a terhesség alatt drogot használó ismert esetek száma alacsony; de valószínűleg nagy a látencia, illetve feltehető, hogy azokon a szülészeti-nőgyógyászati osztályokon, ahol 1-2 ilyen eset fordul elő, azokat nem is jelentik. Becslések szerint a súlyosan függő nők közül évente 50–100 esik teherbe, akik későn (a második vagy harmadik trimeszterben) jutnak az egészségügyi-szociális ellátórendszer látóterébe (Csorba–Pataki–Péterfi, 2011; Kaló és mtsai, 2011).

[1] Ez az alfejezet – „Terhesség, anyaság szerhasználat" címmel – megjelent a *Kapocs* 2014. évi 4. számában (14–22. p.). Köszönöm a Józan Babák Klubban megismert anyáknak és az ott dolgozó szakembereknek a nyitottságot, és lektoraimnak: Bíróné Asbóth Katalinnak és Dr. Komlósi Piroskának a motiváló javítási javaslatokat.

A legális szereket (pl. alkohol, gyógyszer) és az illegális szereket rekreációs célból használó nők eljutnak az ellátórendszerbe, de a szerhasználatuk jellegéről, mértékéről nem adnak a személyzetnek megfelelő tájékoztatást (Kaló és mtsai, 2011). Így nem juthatnak releváns információkhoz, amely a saját maguk és a magzat egészségét szolgálná, de gyakran a szociális és egészségügyi rendszer dolgozói sem felkészültek arra, hogy megfelelő, tárgyi tudást, szakmai-tudományos ismereteket tartalmazó és nem előítéletes tájékoztatást nyújtsanak. Annak ellenére, hogy a magyarországi terhesgondozási protokollnak több tájékoztató és ellenőrző funkciója van, és kedvező irányú elmozdulás látható, a szerhasználat kezelése és következményeinek ismerete hiányos. A várandósgondozásról szóló legújabb jogszabály szerint tájékoztatást kell adni a szerhasználat várható hatásairól, a prevenciós, segítő és tanácsadó, terápiás lehetőségeiről is (26/2014 [IV. 8.] EMMI rendelet, 10. §).

Az egészségügyi személyzet általában nem kedveli a szerhasználó populációt, negatív érzéseket (frusztráció, neheztelés, tehetetlenség) vált ki belőlük, amely érzéseket nincs módjuk professzionális formában feldolgozni, és a szerhasználó személyekről általában negatív kép él bennük (pl. potenciálisan erőszakos, manipulatív, nem motivált) (Kaló–Rácz, 2011; Kaló és mtsai, 2011; Terplan–Lui, 2007; Boekel–Brouwers–Weeghel–Garretsen, 2013). Az ellátó személyzet nem részesül megfelelő oktatásban, és nem kapnak háttéranyagokat a szerhasználati problémákról és azok kezelési módjairól, a kezelőhelyekről és az elérhető szakemberekről, továbbá nem jutnak segítséghez elakadásaik, frusztrációjuk feldolgozásához (esetmegbeszélés, szupervízió, mediálás) (Kaló és mtsai, 2011).

Az illegális szereket intravénásan használó nők nagy része nem ismeri fel a terhesség kezdeti jeleit, mert a szerhasználat, illetve az azzal járó életforma jelentős testi változásokat okozott (komoly testsúlycsökkenés, menstruáció elmaradása) (EMCDDA 2000). Jelentős részük csak a második trimeszterben jut el az ellátórendszerbe, vagy a szülés komplikációinak következtében derül ki az anya szerhasználata. Ezenkívül a szociális, társas, etnikai jellemzőik és anyagi körülményeik miatt negatív tapasztalataik vannak a szociális-egészségügyi ellátórendszerről. Stigmatizációt, diszkriminációt élnek meg, amely a várandóssággal növekszik, sőt akár a saját (szerhasználói) csoport felől is megjelenik az elutasítás (Kaló és mtsai, 2011; EMCDDA, 2000). Ugyanakkor az anyaság, a gyermekvállalás és a szülőség mérföldkövet jelenthet egy szerhasználó nő életében, leszokásra, életvitelének megváltoztatására sarkallhatja, és az orvosi-védőnői vizsgálatok révén az ellátórendszerbe kerülve lehetőséget kaphat más egészségügyi-szociális problémáinak orvoslására is. A probléma a láthatatlansága, az egyén és a társadalom számára való jelentősége, illetve az

ellátórendszer felkészületlensége és kezelésének komplexitása miatt érdemes az alaposabb vizsgálatra. Magyarországon utoljára 2010-ben készült feltáró jellegű vizsgálat a témában (Csorba–Pataki–Péterfi, 2011; Kaló és mtsai, 2011).

5.1.1. Illegálisszer-használó nők

Az illegálisszer-használó személyek egy része a szenvedélybetegsége mellett gyakran szenved egyéb szociális és orvosi problémáktól (pl. hajléktalanság vagy mentális problémák), ami tovább mélyíti a drogozásuk miatt egyébként is tapasztalt stigmatizációt és a szociális marginalizációt (Kaló–Rácz 2010). A szerhasználat és a pénzkereseti módjaik illegális jellege miatt gyakran kerülnek összeütközésbe a büntetőjogi-rendészeti rendszerrel, sokan közülük börtönviseltek. Ezek a jellemzők tovább mélyítik a társadalmi különbségeket. A szerhasználat gender-aspektusainak vizsgálata feltárta a női szerhasználat speciális jellemzőit a kiváltó okokra (pl. családi minta és bántalmazás), a szerhasználat jellegére (pl. legális szerek abúzusa) és a társadalmi attitűdre vonatkozóan. A női szerhasználat, és különösen a várandósság alatti szerhasználat, társadalmilag és a szerhasználói populáción belül is a legelítéltebb jelenség (Hoyer, 2004). Az injekciós használat és a prostitúció mint pénzkereseti forrás miatt magas a kockázata annak, hogy a szerhasználó nők vér útján terjedő fertőzéseket (pl. hepatitis és HIV) kapjanak el. Magas körükben a gyermekkori bántalmazások, szexuális, érzelmi és fizikai abúzusok száma, amelyek mentálhigiénés problémákat és azzal társuló pszichiátriai kórképeket is okoznak (EMCDDA, 2000). A felsorolt tényezők az egészségügyi-szociális ellátórendszer számára is fokozott terhelést jelentenek, és többrétű feladatok elvégzését követelik meg egyidejűleg.

A feminista szakirodalom (vö. Banwell–Bammer, 2006; Sheard–Tompkins, 2008) „duplán deviánsnak" írja le a szerhasználó nőket. Gyakran nem teljes jogú tagjai még a férfiak uralta droghasználói társadalomnak sem – áldozatként látják magukat, és így láttatják őket. A szerhasználó nők többnyire szerhasználó férfiakkal állnak párkapcsolatban (és gyakran a szüleik is szenvedélybetegek voltak). Alárendelt státuszukat bizonyítja például az, hogy ha az injekciós szerhasználat során a férfival közös tűt használnak, azt a párkapcsolat intimitásaként élik meg (Sheard–Tompkins, 2008).

5.1.2. Reproduktivitás és a női test

A fokozott figyelem, amely a várandós nőre és testére minden társadalomban természetes módon irányul, árnyalt megközelítés híján könnyen átbillenhet túlzott megfigyelésbe, szabályozásba, ezáltal szorongást és frusztrációt kelthet. A reproduktivitás, a test, a társadalom és a szerhasználat kapcsolatáról Ettore (2004) kifejti, hogy a társadalom eleve úgy tekint a terhességre, mint pusztán testi feladatra, amely a reprodukció érdekében jön létre, és ezért jogot formál arra, hogy meghatározza a reprodukció szabályait. Például azt, hogy milyen test alkalmas reprodukcióra – és a droghasználó teste nem tartozik ebbe a csoportba. Ettore (2004) szerint a (nyugati) társadalom – a túlmoralizált, túlmedikalizált kontextusban – úgy tekint a kismamákra, mint „magzati konténerekre", droghasználó nők esetében pedig mint „halálos magzati konténerekre". A terhesség nem szorosan a kismamára tartozik, hanem egy objektív, kívülről figyelhető „státusszá" válik, ami tudományos tények, eszközök és módszerek által ellenőrzött. Gyakran a kismamák is úgy tekintenek magukra, mint akik (valamilyen) „állapotban" vannak, amiben „vigyázniuk kell magukra". A testi élményekről úgy számolnak be, mintha a testük középpontja „megváltozna, kettéhasadna, megkettőződne". Egyszerre élik meg azt, hogy a testük a saját tulajdonuk, meg nem is, főleg miután a magzat mozogni kezd. A várandós nők egy normál terhesség alatt is az idő plasztikusabb megéléséről számolnak be (múlt és jelen a test állapotváltozása miatt, jelen és jövő a magzat növekedése és megszületésének anticipációja miatt; Ettore, 2004). A várandóssághoz szorosan kapcsolódnak a magzati és gyermekjogok mint önálló entitást érintő kérdések, amelyek többnyire absztinencia-orientáltak. Jogi és morális kérdéseket vet fel tehát a szubsztitúciós kezelés lehetősége, amely a heroinfüggő várandós nőknek az európai államok többségében biztosított. A kutatások szerint a heroinfogyasztás hirtelen abbahagyása komolyabb magzati károkat vagy vetélést okozhat. A szubsztitúciós kezelés nemcsak a függőség kontrollálásában és az adagok csökkentésében segít, de az illegalitás kiiktatásával lehetőséget nyújt az anyának, hogy rendezze szociális életkörülményeit, és visszakerüljön az egészségügyi-szociális ellátórendszer látóterébe (Fischer és mtsai, 2006).

A testiesültség (embodiment) a szerhasználattal összefüggő élménybeszámolókban határozottan megjelenik (Rácz–Kaló, 2009). Az injekciós droghasználóknál a testiesültséget a használat módjában (az injekció mint eszköz, ami a testbe hatol, és kapcsolatot teremt a saját test és a – gyakran megszemélyesített – szer között) és az élményben találjuk meg (pl. a heroinhasználók úgy írják le, mintha a testük folyadékszerűvé válna, elveszítenék a testhatáraikat, egybeolvadnának a környezetükkel) (uo.). Ebben a kontextusban a várandós szer-

használói test (különösen az injekciós szerhasználóé) egy olyan, többszörösen értelmezendő és vizsgálandó felületet reprezentál, amely egy olyan személy számára, aki eleve bizalmatlan az ellátórendszer iránt, veszélyforrást jelent.

Amikor a nem szerhasználó terhes nő kapcsolatba kerül az ellátórendszerrel, leggyakrabban az orvostudományi megközelítéssel találkozik – ez gyakran elidegenítő a számára. A (nyugati) orvostudomány gyógyító szakmaként tekint önmagára, ezért a terhességet is úgy kezeli, mint egy, a normálistól eltérő állapotot, amit „gyógyítani kell" a meglévő módszerekkel, eszközökkel. Az orvos és a „beteg" közötti – hierarchikus – viszony jellege, a használt orvosi eszközök és az a tény, hogy a nőgyógyászok többsége férfi (a testi empátia hiányával) azt eredményezi, hogy a terhes nő elveszíti a kontrollt és az autonómiát, amikor az egészségügyi ellátórendszerbe kerül (Young, 1984). Az ellátórendszer saját magát védi, mivel szeretné elkerülni a szolgáltatás túlterhelődését, és csökkenteni az orvostudomány által feltárt, bizonyított és bejósolható komplikációs lehetőségeket. Magyarországon a védőnők mint női segítők szerepe, jelentősége kiegyenlítő fontosságú lehet, ők az anyaságra és szülésre felkészítés élettani vonatkozásai mellett a pszichés nehézségekre is fókuszálnak (Asbóth, 2014).

A droghasználók az orvosok (háziorvosok és szakorvosok) előítéleteivel is találkoznak – kutatások szerint a legkevésbé szívesen ellátott populáció a droghasználóké (Paksi, 2003; Demetrovics és mtsai, 2010; Boekel és mtsai, 2013). Várandós szerhasználók esetén további problémákat okoz az egészségügyi-szociális ellátórendszer morális ítélete, amely a legálisszer- és az illegálisszer-használatot egyaránt érinti. Habár a legálisszer-használat több társadalmilag elfogadott és bejáratott intervenciós lehetőséggel rendelkezik (leszokást támogató programok, mérséklés elősegítése a napi gyakorlatban), a deprivált élethelyzetű, alacsony iskolázottságú társadalmi csoportok elérésére és életmódjának befolyásolására kevés hatékony eszköz, módszer és emberi erőforrás áll rendelkezésre.

A morális ítéletek mögött legtöbbször nem azonosítható tárgyi tudás áll, holott az utóbbi évtizedekben több vizsgálat is készült a szerhasználat rövid és hosszú távú következményeit illetően. Például az USA-ban a Maternal Lifestyle Study (Anyai Életstílus Vizsgálat) longitudinális kohorszvizsgálatának keretében 1993 és 1995 között toboroztak gyermekeket négy különböző helyszínen, egészségügyi központokban (n = 8527). Az anyák kokain- és/vagy ópiáthasználók voltak. A vizsgálatok során a gyermekek mentális, kognitív és motoros képességeit és viselkedési jellemzőit vizsgálták (kérdőívekkel, interjúkkal; az anyai szerhasználatot vizeletmintán ellenőrizték). A kokain- és/vagy ópiáthasználatnak antepartum kitett gyermekeknél általában alacso-

nyabb, de nem szignifikáns eredményeket kaptak a képességekre vonatkozóan (Messinger és mtsai, 2004).

A többségi társadalom szemében a szerhasználó nők elbuktak az összes hagyományos női szerepben: nőként, anyaként, feleségként egyaránt (Malloch, 1999, idézi Sheard–Tompkins, 2008). A várandósság vagy kisgyermekek esetén pedig további, a morális felelősséget, a személyes ágenciát és az autonómiát érintő kérdések, kételyek és előítéletek merülnek fel. Ebben a rendszerben – komplex, a tényezők mindegyikének figyelembevételét megvalósító holisztikus szemlélet híján – három szereplő kerül interakcióba:

1) a szerhasználó anya; 2) a magatehetetlen magzat vagy veszélyeztetett kisgyermek; és 3) a társadalom. A szereplők önmagukban és egymással kölcsönhatásba kerülve különböző értékeket képviselnek, különböző típusú interakciók lépnek fel köztük.

1. A szerhasználó anya egy olyan nő, akinek élettörténetét különböző traumák jellemzik (abúzus, erőszak, szenvedélybetegségek a családban stb.), jelenleg hátrányos szociális körülmények között, bántalmazó kapcsolatban él, alacsony iskolázottságú.
2. A magzat önmagában nem létezik, csak a szerhasználó anya relációjában, aki a kockázatos viselkedésével kárt okozhat a magzatnak. A stressz, a nem megfelelő táplálkozás, a fertőzésveszély mellett a különböző szerek intrauterin károsodásokat okozhatnak. Az alkohol a legveszélyesebb teratogén, amely magzati alkoholszindrómát okozhat (FAS foetal alcohol syndrome), valamint komoly morfológiai abnormalitásokat, komplex és végleges károkat a motoros és kognitív funkciókban. A nikotin használata jelentős arányban koraszülést idézhet elő, és kis súlyú, illetve extrém kis súlyú születést, és a figyelemhiányos zavarok kialakulásában is lehet szerepe. Az amfetaminok a magzati növekedésre vannak károsító hatással: az amfetaminhasználatnak kitett magzatok gyakran 7-es alatti Apgar-pontszámot érnek el. Az opioidszármazékok komoly elvonási tüneteket okoznak az újszülötteknél (Neonatal Abstinence Syndrome, NAS). A kisgyermekek megfelelő ellátása környezeti, külső faktoroktól függ: az anyai/szülői stressz, szorongás, párkapcsolati problémák, szociális izoláció, pénzügyi problémák, nem megfelelő táplálkozás, környezeti ártalmak mellett az öröklött rendellenességek, pszichiátriai zavarok és kötődési problémák okozhatnak károkat.
3. A terhesség, az anyaság szociális reprezentációi. A hétköznapi emberek mellett az orvosok, védőnők, szociális munkások, közvetetten pedig a döntéshozók, szakértők által képviselt társadalom hatással van az anyára és a kisgyermekre.

5.1.2.1. Az anyaság szociális reprezentációja

Történetileg a női identitás és a nők társadalmi szerepei az anyaság gyakorlata és szimbolizmusa köré épültek (Gillespie, 2000: 213). A múltbeli és jelenlegi vallási, tudományos vagy politikai diskurzusokat is áthatják az anyaság szociális reprezentációi.

„A nő mint Madonna, illetve mint szajha reprezentációi nem csupán a vizuális kultúra részét képezték, hanem viselkedési modellekként szolgáltak a nők számára. A kulturális kontextus, amelyben ezek a reprezentációk születtek, és amelyek számára e reprezentációk üzeneteket hordoztak, az anyát normatív módon ábrázolta a kötelességtudó, otthonteremtő, vallásos személy képében, míg a nőiség ezzel teljesen ellentétes pólusán megjelenített nőt csábítónak, deviánsnak és veszélyesnek mutatta be." (Kende, 2002)

A demografikus változások eredményeképpen a nyugati társadalmakban megváltozott az anyaság élménye és kontextusa. Az anyaság posztmodernizációja (Gillespie, 2000) azt jelenti, hogy a női munkavállalás és a reprodukciós technikai lehetőségek bővülése az anyaságot egy választható opcióvá tette; nem a nőiesség/nőiség alapvető tulajdonsága többé. Ezzel együtt az anyaság jelentése megváltozik, fogalmi határai elmosódnak, ami bizonytalanságot és szélsőségességet eredményez (uo.).

Ugyanakkor az utóbbi ötven évben megalkották a „jó anya" szociális reprezentációját, amelynek – a feminista szemlélet „intenzív anyaság" (Hays, 1996) fogalma szerint – a lényege az, hogy az anya minden szeretetét, idejét, türelmét és fizikai energiáját a gyermekre fordítja; a gyermek nemcsak a családi élet középpontja, de ő maga a gyermeknevelés irányítója (uo.). A „jó anya" vagy más néven az „intenzív anyaság" szociális reprezentációja azon az elképzelésen alapszik, hogy egy megfelelő korú (vagyis: nem túl fiatal), fehérbőrű, középosztálybeli nő neveli egészséges gyermekét (Lupton, 2000). Az anyaság ezen szociális reprezentációi olyannyira hegemonikusak és pervazívak, hogy a nők magukévá teszik, és tökéletesen próbálnak megfelelni ennek, miközben közülük egyeseket – a kutatások szerint – a saját élményük alapján a (jó) anyaság frusztrálóbb, fárasztóbb, izolálttá, depresszióssá tesz, összességében sokkal nehezebb, mint számítottak rá (uo.). A nyugati társadalmak – így a magyar is – eltérő módon, korlátozottan, de próbálnak ehhez segítséget nyújtani szolgáltatásokkal (bölcsőde, óvoda, családi napközi szolgálat) és támogatásokkal (gyes, gyed).

A szerhasználó anyák nem illenek bele ebbe a hegemonikus elképzelésbe (ahogyan semmilyen „mássággal" rendelkező – egyedülálló, leszbikus, kisebbségi vagy mozgássérült – anyák sem), de még a munkába visszatérő anyák

is nehezen, hiszen akkor már nem tudják az összes idejüket a gyermekre áldozni (Banwell–Bammer, 2006). Az anyaság, az anyai élmények teljességgel pozitív élményként való ábrázolása kérdésessé válhat, amikor ez az idealizált konstrukció és az anyák valós tapasztalatai találkoznak. A nők anyaság-reprezentációival foglalkozó vizsgálatokban a feminista perspektíva új lehetőségeket nyitott a konceptualizációra: az ambivalencia vizsgálatára (vö. Hollway–Featherstone, 1997; Oberman–Josselson, 1996; Sevón, 2005; Shelton–Johnson, 2006; Weaver–Ussher, 1997, idézi Schreur, 2009). Ez megjelenik a felsőbb osztálybeli karrier és/vagy család kérdéskörben is, már a várandósságtól kezdve. Habár a fő diskurzust az anyaságról továbbra is az ideologizált és normatív elképzelések uralják, és ezektől nem lehet teljesen megszabadulni, az anyáknak lehetőségük van rá, hogy megkérdőjelezzék a domináns narratívát, és ellenálljanak neki, vagy elfogadják (Schreur, 2009).

5.1.3. Szerhasználat és anyaság/szülőség

A megoldásokat, szakmai protokollokat, vizsgálatok eredményeit összefoglaló tanulmányok nagyrészt egyetértenek abban, hogy az elérhető adatok alapján a nyugati társadalmakban bizonyos kockázatok esetén megnőhet a szerhasználat valószínűsége. Több faktor van, amely prediszponál a szerhasználatra, vagy amelyből a szerhasználat ered, ezek közül a legtöbb a szegénységhez köthető, vagy olyan életkörülményhez, amely hátránnyal jár a gyermek, a szülők és a közösségek számára. Ugyanakkor, ha a szerhasználatot időben felfedezik és multidiszciplináris közegben kezelik, az intervenciók hatásai valószínűleg túlmutatnak az anyán vagy az apán.

A kezdeteknél van esély arra, hogy enyhítsük az egyenlőtlenségeket, és lehetővé tegyük a gyermek normális kötődésének fejlődését (Crome, 2010). A vizsgálatok nagy része kiemeli azt, hogy

1. a szerhasználat együtt jelenik meg a mortalitással és morbiditással, továbbá a szociális egyenlőtlenségekkel;
2. a szerhasználó szülők nem feltétlenül rossz szülők, de több másodlagos probléma eredhet a szerhasználatból, ami szűkíti a lehetőségeiket;
3. léteznek hatékony intervenciók a szerhasználat majdnem minden formájára;
4. ennek a sokszor marginalizált csoportnak az ellátási forrásait is növelni kell, beleértve a szakemberek képzését;
5. a szolgáltatások koordinációját multidiszciplináris és több szolgáltatót bevonó keretrendszerben kell végezni;

6. a gyermekvédelmi és szülői támogatás közötti feszültség növelése helyett minden erővel hatékony intervenciókat kell alkalmazni a családokban úgy, hogy az egyenlőtlenségek csökkenjenek, és a optimális kötődés alakuljon ki (Crome, 2010).

Megállapítást nyert számos tanulmány alapján, hogy az egészséges anya-csecsemő interakció elengedhetetlen a csecsemő optimális fejlődése érdekében. Ez a kapcsolat súlyosan sérülhet, ha egy anya drogokat használ a terhesség alatt és után. Bonnie (2004) szakirodalmi összefoglalója szerint az absztinencia fontos tényező a sikeres anya-csecsemő interakciót segítő intervenciókban, valamint az oktatás és a tanácsadási folyamat növeli az anya önbecsülését és önálló hatékonyságát. Schuler és munkatársai (1995) az újszülött ingerlékenysége és a társas támogatás közötti összefüggéseket vizsgálták, bejósolva az anya-újszülött interakciót, húsz szerhasználó és húsz szermentes, alacsony gazdasági státuszú anya viselkedését elemezve. A Brazelton-skála használatával megállapították, hogy a szerhatásnak kitett újszülöttek nem tartoztak az ingerlékenyebbek közé. Az újszülött észlelt ingerlékenysége és a pozitív anyai viselkedés attól függően változott, hogy milyen volt a droghasználat funkciója. A szermentes csoportban az észlelt újszülött-ingerlékenység összefüggésbe hozható volt a pozitív anyai viselkedés alacsony fokával. A szerhasználói csoportban az észlelt újszülött-ingerlékenység nem volt összefüggésbe hozható az anyai viselkedéssel. Ezek az eredmények kiemelik, hogy szükséges az újszülött, a gondozó és a környezeti faktorok együttes elemzése ahhoz, hogy a drogok közvetlen hatását kimutathassuk az anya-gyermek interakcióban.

Brownstein-Evans (2001) húsz szerhasználó anyával végzett kvalitatív interjús vizsgálatot különböző ellátórendszeri szinteken (ártalomcsökkentő szolgáltatásban, fenntartó kezelésen, rehabilitációs központban), hogy feltárja az anyaságértelmezéseiket. Minden nő arról számolt be, hogy törődik a gyermekével, és „jó anya" szeretne lenni. Az anyaságot a normatív elképzelésekhez képest konstruálják meg. Különböző ideálokat, szerepmodelleket állítanak fel, amihez önmagukat, a saját képességeiket, a gyermekük jellemzőit hasonlítják.

Banwell és Bammer (2006) összehasonlító kvalitatív vizsgálatot végeztek heroinhasználó (n = 22) és különböző szocioökonómiai státuszú anyákkal (kilencalacsony jövedelmű, tizennyolc társas izolációban élő és huszonegy közepes vagy magas jövedelmű) és öt év alatti gyermekeikkel Ausztráliában. A vizsgálat interjúkon és résztvevői megfigyeléses adatgyűjtésen alapult. Elemzéseik és eredményeik alapján megállapítják, hogy a szerhasználó anyák ugyanolyan passzív áldozatai a szegénységnek, mint az alacsony jövedelmű anyák, és a gyermekek számára a szegénység kizáró ok a beilleszkedésben. A droghasználó anyáknak nem voltak gazdasági vagy társas tőkéi ahhoz, hogy különbö-

ző lehetőségeket nyújtsanak a gyermekeiknek. Marginalizáltak maradtak egy férfiak uralta szubkultúrában (Moore–Frazer, 2006, idézi Banwell–Bammer, 2006) és a hegemonikus anyaság-reprezentációkban. Nem reális elvárások alapján ítélték meg őket, ami ahhoz vezetett, hogy ők is elkezdték hibáztatni magukat és egymást. Amikor figyelmet kaptak valamilyen külső személytől, azt nem önmagában értékelték, hanem intervencióként, büntető jellegű megjegyzésként, ami erősítette a stigmatizáció- és diszkrimináció-élményüket. Az összes anya beszámolójában találtak kisebb-nagyobb önellentmondást az elvárások, az „idővel való zsonglőrködés" és az egészségügyi és szociális hatóságok elvárásai között.

5.2. SZABADSÁGVESZTETT SZERHASZNÁLÓ NŐK

Világszerte növekszik a szabadságvesztett nők száma, a börtönpopuláció 2–9 százaléka nő (Moloney – van den Bergh – Moller, 2009). A növekedés különösen a drogügyek miatt elítéltek körében figyelhető meg, ami a saját droghasználat és a drogkereskedelemben érintett cselekmények miatti elítélésre is vonatkozik. A szabadságvesztett nők nagy része használ legális és illegális szereket a börtönben (EMCDDA, 2004). Egy szisztematikus áttekintés szerint az egyesült államokbeli börtönökben a szabadságvesztés előtt egy hónappal a nők 30–60 százaléka volt függő, vagy használt valamilyen illegális drogot (Fazel és mtsai, 2006). A nők által elkövetett bűncselekmények legnagyobb része nem erőszakos és eltulajdonítás jellegű, ezért nem jelent társadalmi veszélyt, így a női börtönöket kevésbé őrzik szigorúan. A férfiakkal összehasonlítva a nőknél gyakrabban igazolódott, hogy a bűncselekményt drog hatása alatt követték el (EMCDDA, 2004). A nők körében gyakoribb injekciós szerhasználtot azonosítottak a börtönben, de a droghasználat mellett az általános populációhoz hasonlóan megtalálható körükben a gyógyszerrel való visszaélés, a dohányzás a börtönben pedig szinte mindenkit érint (uo.).

A szerhasználat kezelése a börtönben az egyik legfontosabb a nők reintegrációjának sikerességében. A nemzetközi szakirodalmi eredmények alapján (Messina és mtsai, 2010; 2013; Morrissey és mtsai 2005; Richie, 2001; Saxena és mtsai, 2014) a szabadságveszett nők sajátos helyzetben vannak, alapvetően felülreprezentáltak a társadalom gazdasági és szociális értelemben marginalizált csoportjai. A szabadságvesztett nők körében a szabadságvesztett férfiakkal és az átlagpopulációhoz tartozó nőkkel összehasonlítva igazoltan szignifikánsan magasabb arányban jelenik meg a PTSD, a gyerekkori bántalmazás, a viktimizáció, valamint a mentális és fizikai egészségügyi problé-

mák. Sokkal nagyobb arányban voltak fizikai vagy szexuális abúzus áldozatai, ami egyértelműen magyarázhatja a PTSD gyakori előfordulását, valamint a magas arányát a depressziónak, a szorongásos és borderline személyiségzavaroknak. A szerhasználat nagymértékű jelenléte a női börtönökben tehát nemcsak az izolációval és más, a börtön-szettinghez kapcsolható jelenséggel mutatnak összefüggést, hanem az öngyógyítás (szelfmedikalizáció) mint a megküzdés egy módjával is. A vizsgálatok szerint a gyermekkori abúzus és a szerhasználat között szoros kapcsolat van, s a szabadságvesztett nők között nagy arányban találhatók gyermekkori abúzus áldozatai, így a szerhasználat mértéke ezzel is magyarázható (Moloney – van den Bergh – Moller, 2009). A traumatúlélők körében a szerhasználat mint öngyógyítás nemritkán megfigyelt jelenség. Ugyanakkor felhívja a figyelmet arra, hogy a szabadságvesztett nők kezelésében fontos szempont a traumainformáltság. A gyermekkori traumatizációval növekszik a további fizikai és mentális egészségkárosodások kockázata: öngyilkosság, pszichológiai distressz, mentális betegségek, evészavarok, valamint a kockázatos viselkedések, amelyek szexuális úton terjedő és más fertőző betegségekhez vezetnek. A gyermekkori trauma ebben a mintában jelentős és pozitívan korrelált a letartóztatások számával, ugyanakkor negatívan korrelált az első letartóztatáskori életkorral, a prostitúcióba való első bekapcsolódással és az első tulajdonelsajátítással vagy droggal összefüggő és erőszakos bűncselekménnyel (uo.). A gyermekkori traumák újraélését, a traumatünetek felerősödését a börtönbe kerülés is felerősítheti. A nőknek más igényeik lehetnek, amelyek a férfiakra kitalált börtönrendszerben nem érvényesülhetnek. Nyilvánvalóan van valamilyen korreláció a trauma és a rossz egészségi állapot, illetve társadalmi normáktól való marginalizálódás között. A trauma, a traumakövetkezmények és a kriminalitás közötti kapcsolatokat feltárták; az ok-okozati viszony és a mögöttes folyamatok feltárása a jövőbeni kutatások feladata.

A szabadságvesztett nők mint speciális csoport problémája a komplexitásból fakad: megfelelő – integrált – kezelésekkel lehetne csak a pszichológiai, társas és egészségügyi problémákat kezelni (uo.).

E sajátságokkal a börtönrendszer nem tud kellő mélységben foglalkozni, mert ehhez nem rendelkezik széles körű ismeretekkel (pl. új kutatási eredmények, módszerek), illetve az ismeretekkel rendelkező szakembergárda (pszichológus, orvos, pártfogó, reintegrációs tiszt) túlterhelt. Gyakran olyan programokat használnak a női elítélteknél is, amelyek nem tartalmaznak női igényekre kialakított elemeket, s mindenekelőtt nem veszik figyelembe a korábbi traumatizációt. A legtöbb programot férfiakra dolgozták ki, és több idézett kutatás alapján a hatékonyságuk erősen megkérdőjelezhető női elítéltek esetében.

5.3. SERDÜLŐKORBAN LÉVŐ LÁNYOK

A nemek közötti különbségek a szerhasználat területén jól megfigyelhetők a nemzetközi prevalencia-vizsgálatok nyomán (vö. ESPAD-, HBSC-vizsgálatok). Általánosságban elmondható, hogy a lányok körében a szerhasználat a kora serdülőkorra jellemző, míg a fiúknál a késő serdülőkorban erőteljesebben jelenik meg. A szerekre vonatkozóan megállapíthatjuk, hogy a lányok körében főleg az alkohol és a gyógyszer visszaélésszerű használata, míg a fiúknál a droghasználat jellemző inkább. Ezek a különbségek és az életkori sajátosságok miatt a serdülőkorban lévő lányokra speciális szerhasználói női csoportként tekint a szakirodalom.

A serdülőkort gyors fizikai, kognitív, érzelmi, társas és viselkedési változások jellemzik, aminek vannak a lányokra vonatkozó specifikumai. A serdülőkor nemcsak a szerhasználattal való kísérletezés időszaka, de ebben az életkorban alapvető idegrendszeri, személyiség- és viselkedésfejlődés zajlik. A serdülőkori agyfejlődés olyan strukturális változásokkal jár, amelyek hozzájárulnak a serdülőkori szerhasználat növekedéséhez. Habár a fiúk és a lányok között nincs olyan nagy különbség a szerhasználat mértékét illetően, a vizsgálatok eredményei szerint másfajta idegrendszeri sérülékenység is állhat a szerhasználat kialakulásának hátterében (Heitzeg–Hardee–Beltz, 2018). A serdülőkorban lévő lányokra jellemzőbb az internalizáció, ezért nagyobb valószínűséggel választják az alkoholfogyasztást a negatív érzelmek kezelésére. Az amygdala fejlődése vélhetően nagyobb hatással van a lányok érzelmi viselkedésének kialakulására, a nemi sajátosságok miatt nagyobb valószínűséggel alakul ki náluk szorongás vagy depresszió (uo.). Emellett a stresszkezelés nemi különbségei is fontosak már serdülőkorban. A fiúkkal ellentétben az alkoholhasználó lányok magas stresszel járó kritikus életeseményekről számoltak be. A gyermekkori megterhelő életesemények magasabb kortizolszinthez vezetnek, ami az amygdala és a prefrontális agykéreg között gyengébb kapcsolatot eredményez serdülőkorban – ez összefüggésben van a szorongás tüneteivel. Habár a fiúk és lányok szerhasználatához hasonló rizikótényezők vezetnek, a nemnek néhány aspektusban mégis fontos szerepe van. A motivációk terén a fiúk droghasználatát az újdonságkeresés, a lányokét az önbizalom növelése, a feszültségcsökkentés, a stresszkezelés, a gátlások oldása jellemzi. Ez jól tükrözi azt az ismert vizsgálati eredményt, amely szerint a lányokra jellemzőbb a problémák internalizálása és a rumináció, míg a fiúkra az aktív megküzdési stratégiák és az externalizáció (Schwinn–Schinke–Hopkins–Thom, 2016). Az externalizáció az impulzivitással, agresszióval, élménykereséssel, a szabályok áthágásával jellemezhető, és gyakran társul hozzá serdülőkorban valamilyen

figyelemzavarral összefüggő rendellenesség. Az internalizációval a depressziót és a szorongást lehet összefüggésbe hozni. A depressziós zavarokban mérhető nemi különbség már serdülőkorban markánsan láthatóvá válik: a lányok esetében sokkal jellemzőbb (Heitzeg–Hardee–Beltz, 2018).

A serdülőkori szerhasználat kialakulásának kockázati tényezői között fontos szempont az abúzus jelenléte. A vizsgálatok kapcsolatot találtak a gyermekkori szexuális abúzus és a serdülőkori szerhasználat között (Shin–Hong–Hazen, 2010), ugyanakkor a két jelenség közötti kapcsolat jellemzői még nem teljesen egyértelműek. Ugyanakkor a lányok körében a gyermekkori szexuális abúzus egyértelműen megnövelte a súlyos szerhasználat kockázatát (a kor és egyéb szociodemográfiai és kulturális tényezők ellenőrzése mellett is).

A serdülőkor céljai közé tartozik a bizalmi kapcsolatok kiépítése a kortársakkal, az identitásérzés kialakítása, eligazodás a világban, valamint a szülőktől való függetlenedés. A célok elérése érdekében a serdülők fogékonyabbak a kortárshatásra, az újdonságokra, feszegetik a kereteket, és „keresik önmagukat". Ezáltal a serdülő fiúk és a lányok különböző módokon válnak fogékonnyá a kockázatos magatartásokra, amelyek magában foglalhatják a szerhasználatot is. A serdülőkori szerhasználat nem teljesen váratlanul és elszigetelt jelenségként tűnik fel. Swadi (1999) modelljében a kockázati tényezőket az alkati fogékonyság, a környezeti tényezők és az életesemények komplexitásában ragadja meg.

6. táblázat. A serdülőkori szerhasználat kialakulásának kockázati tényezői (Forrás: Swadi, 1999 alapján)

Alkati fogékonyság	Környezeti tényezők	Életesemények
genetikai kockázat	a szülői monitorozás és felügyelet hiánya	iskolai kudarc
újdonságkeresés és kockázatvállalás	kortárshatás	abúzus, elhanyagolás
agresszió	deviáns csoportok	erőszakos cselekedetekben való részvétel
pszichiátriai zavarok		erőszak áldozata vagy szemtanúja

Habár a szerhasználat növekedése a tinédzserek körében általánosságban problematikus, bizonyos területeken a lányok életét különösen károsan vagy a fiúkkal összehasonlítva másképpen befolyásolja. A vizsgálatok szerint (Smith–Twist–Hertlein, 2015) a szerhasználat a tinédzser lányok életében negatív következményekkel jár az iskolai teljesítményben, a munkában való elhelyezkedésben, jelentősen megemelkedik a szabadságvesztés, az áldozattá válás, az

öngyilkosság és a kockázatos szexuális viselkedés kockázata, ami több problémát okoz a fizikai és mentális egészségre nézve.

A bemutatott különbségek ellenére kevés a szakkönyv, szakirodalom, ami részletesen bemutatná a serdülő lányok szerhasználati jellemzőit, a biopszichoszociális keretben értelmezett kockázati és védőtényezőket; és még kevesebb az olyan prevenciós, intervenciós vagy rehabilitációs kezdeményezés, amely a már ismert eredményeket felhasználná.

6. A SZERHASZNÁLÓ VÁRANDÓS ÉS KISGYERMEKES NŐK ANYASÁG-FOGALMÁNAK FELTÁRÁSA[2]

6.1. A VIZSGÁLAT CÉLJA ÉS KUTATÁSI KÉRDÉSEI

Jelen kutatás fő témája a várandós vagy kisgyermekes szerhasználó nők anyasághoz való viszonyának feltárása és megértése. Azért van szükség erre a vizsgálatra, mert a (legális és illegális) szerhasználat egyre több személyt érint, de nincsenek pontos adataink arról, hogy önmagában a szerhasználat (és a különböző szerek önmagukban) milyen hatással vannak a magzatra, újszülöttre, kisgyermekre, ugyanakkor az anyaság szociális reprezentációja a nyugati társadalmakban túlterhelt (vö. Hays, 1996; Kende, 2002; Lupton, 2000).

A vizsgálat célja feltárni a szerhasználó anyák anyasághoz való viszonyát a saját tapasztalataik megismerésével, interpretációjával és bemutatásával. A tapasztalatok kibontakoztatására olyan módszert szükséges alkalmazni, amely lehetővé teszi új témák és leírások megjelenését, ezért teljes egészében kvalitatív vizsgálati elrendezést terveztem, többféle módszer együttes alkalmazásával.

6.2. KVALITATÍV KUTATÁSI ELRENDEZÉS

A kvalitatív kutatási megközelítés hagyományainak megfelelően a vizsgálat a középponti jelenség megértésére és kutatási kérdések megválaszolására vállalkozik. A középponti jelenség és a téma feltáratlansága, a vizsgált csoport specifikus jellegzetességei miatt a vizsgálat nem lehet hipotézisvezérelt. A vizsgálat vezérfonalát nem előzetes szakirodalmi eredmények, előfeltevések irányítják, hanem a választott episztemológiai keret, kutatási paradigma, amely ily módon meghatározza a módszertant, valamint az adatgyűjtési és -elemzési módszereket. A vizsgálat reliabilitását és validitását a kutatási paradigma megtartása biztosítja.

[2] A fejezet megjelent a *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2019. évi 20. 3. 236-266 számában. Köszönöm a résztvevők bizalmát és a kollégáknak az adatgyűjtésben nyújtott segítséget. A 2009-es adatgyűjtést és -elemzést a Szociális és Munkaügyi Minisztérium KAB-KT-M-08-001 pályázata támogatta. A 2010-es adatgyűjtés és -elemzést a MEJOK Alapítvány támogatta. 2010. decemberig a Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Kutatóintézet tudományos segédmunkatársaként végeztem a vizsgálatot.

Jelen vizsgálat kutatási paradigmája *konstrukciós-interpretatív* (Fassinger, 2005; Ponterotto, 2013), amely csak a kvalitatív módszerekre jellemző felfedezés-központú megismerési modell. Többszörös, egyformán érvényes, társas közegben és társadalmilag megformált valóságokat feltételez, amelynek feltárására első személyű beszámolókat (pl. naplók, interjúk) használ, és a következtetéseket a résztvevők „hangjának" hallatásával hozza meg. Interaktív viszony van a kutató és a résztvevő között, a kapcsolat vezet a jelentés megismeréséhez és a tapasztalat kifejezéséhez, és a kutató személyes részvétele is megjelenik az értelmezésben (Fassinger, 2005; Ponterotto, 2013; Rácz, 2006).

6.2.1. Középponti téma és kutatási kérdések

A vizsgálat középponti témája a várandós vagy kisgyermekes szerhasználó nők várandósság- és anyaságértelmezése. Milyen élmény a várandós vagy kisgyermekes szerhasználó anyák számára a várandósság és az anyaság? Hogyan jellemezhető a szerhasználó nők anyasághoz való viszonya? Milyen tapasztalataik vannak az anyává válás különböző stádiumaiban? Milyen (nem várt) tényezők jellemzik a szerhasználó nők anyasághoz való viszonyának alakulását?

6.3. MÓDSZERTAN

6.3.1. Feminista-fenomenológiai paradigma

A vizsgálat kvalitatív módszertannal készült feminista-fenomenológiai paradigmában. A kvalitatív vizsgálatok célja a különböző élményekhez, tapasztalatokhoz való hozzáférés és azok struktúrájának, minőségének leírása a résztvevők szempontjából. A kvalitatív kutató résztvevője az eseményeknek, megismerésre és nem irányításra törekszik, alkalmazkodik a kutatásban résztvevőkhöz. A feminista metodológiában alapelv a nők életének középpontba állítása és annak vizsgálata, hogy milyen jelentést adnak a tapasztalataiknak (Kitzinger, 2004). A fenomenológiai megközelítés lehetővé teszi, hogy a jelentéseket a vizsgált csoport világába belépve értsük meg. A választott episztemológiai háttér lehetővé tette, hogy a központi téma meghatározásakor a résztvevők specifikus tulajdonságai (szerhasználó, várandós) mentén közvetlenül a jelenségre vonatkozó kutatási kérdéseket tegyek fel. Az elméleti keret meghatározta az adatgyűjtési és -elemzési módszereket. Az adatgyűjtés célja a „női hang" és az „érvényes tapasztalat" (Kitzinger, 2004) megtalálása volt, ehhez többfajta

adatgyűjtési módszert alkalmaztam: résztvevői megfigyelést, félig strukturált és mélyinterjúkat, dokumentumelemzést.

6.3.2. Módszer: esettanulmány

Az esettanulmány önmagában nem egy módszer, hanem inkább egy megközelítés különálló entitások vizsgálatára, amelyeket különböző módszerekkel gyűjtöttem és elemeztem. Az elemzési egység: az eset (egy szervezet, egy város, egy jelenség, egy csoport, egy páciens, egy intervenció stb.), amely „természetes előfordulás definiálható határokkal" (Bromley, 1986: 8). Az esettanulmány fókuszált, mély, pontos vizsgálatokat jelent, amely lehet kvalitatív és kvantitatív is.

Az esettanulmánynak öt – az adatgyűjtés és -elemzés szempontjából – fontos módszertani jellemzője van: az idiografikus perspektíva, a kontextuális adatok gyűjtése, az adat- és módszer-trianguláció, az idői perspektíva és a részletes feltárás. Az első az idiografikus perspektíva: a különleges vizsgálata az általános helyett; a különleges tulajdonságainak leírása. Ehhez szükség van a kontextuális adatok gyűjtésére, amely holisztikus szemléletet tükröz; az eset nem vizsgálható a környezet ismerete és a kettő viszonyának feltárása nélkül (vö. „ökológiai kontextus", Bromley, 1986: 25). Az eset különböző dimenzióinak megvilágítása, különböző (társas, fizikai, pszichológiai, szimbolikus) kontextusokba való beágyazottságának megértése különböző adatgyűjtési és -elemzési módszerekkel és eszközökkel történik, vagyis alkalmazzuk a trianguláció elvét. Az esettanulmányban egy bizonyos idői keretben történik a vizsgálat, így lehetőséget teremt a reflexióra, a változásra és fejlődésre. És végül egy bizonyos eset részletes feltárása betekintést nyújt pszichológiai és társas folyamatokba, ezáltal lehetőséget ad új elméletek és hipotézisek megfogalmazására (Willig, 2008).

Az esettanulmány megtervezésekor szükség van az eset mint egység meghatározására (mit vizsgálunk?), az adatgyűjtés és elemzés módszereinek kiválasztására (hogyan vizsgáljuk?) és annak definiálására, hogy intrinzik érdeklődés vagy elméleti megfontolások vezetnek-e bennünket (Willig, 2008). Jelen vizsgálatban az eset az anyaság szerhasználói megértésének jelensége, az adatgyűjtési és -elemzési módszerek kiválasztását a fenomenológiai-feminista paradigma határozta meg, és a trianguláció vezette. Az esettanulmány jellege szerint instrumentális: a vizsgált esetek jó példái egy általános jelenségnek, amelyre a kutatási kérdés irányul. Több esetet vizsgáltam a jelenség minél pontosabb leírása érdekében. A vizsgálatot intrinzik érdeklődés vezette,

az exploratív jellegű esettanulmányban a részletes leírás által olyan betekintést nyerünk az esetbe, amely hozzásegít a szerhasználók anyaságfogalmának megértéséhez.

6.3.3. Adatgyűjtési módszerek

Az adatgyűjtés 2009 és 2014 között zajlott (13 hónap kihagyással), különböző fázisokban (lásd 7. táblázat). Az adatgyűjtés négyféle módszerrel történt: résztvevői megfigyelés, félig strukturált interjúk, mélyinterjúk és dokumentumok gyűjtése. Az adatgyűjtés és az elemzés nem választható külön: a résztvevői megfigyelés különböző, egymásra épülő fázisai (leírás, fókuszált, szelektív) és az interjúkészítés tanulságai hatottak az elemzésre, és visszahatottak az adatgyűjtésre. A résztvevők, kollégák észrevételeit, a személyes tapasztalatokat és az előzetes eredményeket beépítettem a gyűjtési folyamatba és az elemzésbe.

A vizsgálat érvényessége érdekében alkalmaztam a triangulációt: ugyanazon kérdés vizsgálatára többfajta módszert és eszközt használtam. A résztvevői megfigyelés lehetővé tette egy általános ismeret megszerzését, a résztvevők és a környezetük (setting), valamint az alapproblémáik megismerését. A félig strukturált interjúkban több résztvevő élettörténetét és anyasághoz való viszonyát ismertem meg, ami lehetővé tette egy általánosabb „térkép" felrajzolását, míg a mélyinterjúk által két személy közeli, nagyon részletes élettörténetét ismertem meg, amely így egyszerre láttatja a középponti jelenséget egészben és részleteiben.

7. táblázat. Az adatgyűjtés módjai és időtartamai, illetve az adatelemzés

Az adatgyűjtés módjai és időtartama	2009. III–XII.	2010. I–IX.		2012. I–XII.	2013. I–VIII.	2014. I–III.
1. résztvevői megfigyelés						
2. félig strukturált interjúk						
3. mélyinterjúk						
4. dokumentumok						
Adatelemzés						

6.3.4. Adatelemzési módszer: tematikus elemzés

A szerhasználó várandós és kisgyermekes nők anyasághoz való viszonyának, az anyaság fogalmának számukra hordozott jelentésének feltárásához és rekonstruálásához tematikus elemzést (TA; Braun–Clarke, 2006) alkalmaztam. A tematikus tartalomelemzés egy viszonylag rugalmas és hasznos kutatási eszköz, amely gazdag, részletes és komplex leírást nyújthat egy kvalitatív anyagról (uo.).

A tematikus elemzést mint idiografikus módszert alkalmaztam – azt kerestem, ami különös, nem azt, ami általános, univerzális; az eseteket kontextusba helyezve értelmeztem. A választott episztemológiai keret és metodológia a központi téma kidolgozása és kutatási kérdések megválaszolása érdekében kiemeli a célzott mintavétel és az adatgyűjtés triangulációját (résztvevői megfigyelés, interjúk, dokumentumelemzés, esetelemzés). Az elemzés fenomenológiai, mert a megélt, egyéni élmények belső perspektívájának vizsgálata a cél, és interpretatív, mert figyelembe veszi a kutató személyes „szűrőjét", és azt vallja, hogy a megértéshez szükség van interpretációra.

A tartalomelemzés első lépéseként az adatok ismételt, elmélyült olvasása során keressük már a jelenségeket és a kódokat. A beazonosított kódokhoz idézeteket csatolunk az adatokból. Ezekből alkotjuk meg a témákat és az altémákat. A témakeresés kezdeti szakaszában megalkotott tematikus térkép a kutatót segíti abban, hogy vizualizálni tudja a témákat (Braun–Clark, 2006). A tématérkép, amelyet a kódolás után készítünk, nagyban hozzájárul ahhoz, hogy teljesebb képet kaphassunk a kutatás által vizsgált kérdésekről.

6.3.5. Etikai megfontolások

A vizsgálat során figyelembe vettem a Magyar Pszichológiai Társaság Szakmai Etikai Kódexének (2004) pszichológiai kutatásokra vonatkozó általános, kutatásetikára és a publikációkra vonatkozó irányelveit. Különösen figyeltem a kvalitatív kutatásokban felmerülő etikai problémák kezelésére a különböző módszerek alkalmazásának megfelelően. A résztvevőket tájékoztattam a vizsgálat céljáról, és az interjúalanyok minden esetben beleegyező nyilatkozatot írtak alá. A vizsgálatot az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság (EPKEB) hagyta jóvá 2009-ben.

A résztvevői megfigyelésben a szerepem nyílt volt, semmi nem indokolta a rejtett pozíció felvételét. Az interjúk készítése során figyeltem arra, hogy az élettörténetről, személyes tapasztalatokról való beszámoló segíthet a résztve-

vőknek megérteni a saját sebezhetőségüket, de fájdalmat is okozhat az emlékek előhívása és rekonstrukciója. Ezért különböző technikákkal (pl. kérdésekkel, témaeltereléssel) minimalizáltam a kiváltott negatív érzelmeket és kockázatokat. Mivel a mélyinterjús helyzetben szorosabb kapcsolat is kialakult a vizsgálati személyekkel, ott több időt hagytam a lezárásra, és ha szükségesnek bizonyult, lehetőséget biztosítottam pszichológiai tanácsadás igénybevételére.

6.3.6. Adatgyűjtés és az adatok bemutatása

6.3.6.1. Résztvevői megfigyelés

A résztvevői megfigyelést két helyszínen végeztem: 2009. március és 2010. december, illetve 2012. január és 2013. augusztus között hetente egyszer az alacsonyküszöbű szolgáltatás nyitvatartási idejében (szerdán vagy csütörtökön 12 és 16 óra között); 2014. március 12. és 15. között egész nap egy vidéki női lakóotthonban.

Célom a várandós és kisgyermekes szerhasználó nők viselkedésének megfigyelése volt. Résztvevői szerepem az önkéntes segítőé volt, amely ebben a kontextusban nem volt intruzív a kliensek vagy a munkatársak számára. A megfigyelés első fázisában kutatóként is dolgoztam, és egy kutatási projekt keretein belül vettünk fel interjúkat a szerhasználó anyákkal, ezért a szerepem megfelelt a valóságnak; ha kérdezték, hogy mit csinálok, akkor azt válaszoltam, hogy önkéntes munkát végzek (önkéntes szerződést is kötöttünk) és adatot gyűjtök, interjúalanyokat toborzok a vizsgálathoz. A második fázisban már mint a kliensek és a munkatársak számára ismerősként visszatérő önkéntes segítő és kutató végeztem a megfigyelést. A téma szempontjából fontos, hogy a két fázis között magam is gyermeket szültem, ami a megfigyelői státuszomat, érzelmeimet és a megfigyeltekkel való kapcsolatot módosította.

A résztvevői megfigyelés rendszeres volt, de lassú, mivel hetente egyszer volt alkalmam az alacsonyküszöbű szolgáltatás mindennapjaiban részt venni. Mivel e szolgáltatás igénybevétele a résztvevőkön múlik, előfordulhatott olyan, hogy egyes kliensek nem a várandóssággal/anyasággal kapcsolatban érkeztek oda, hanem pl. jogsegély-szolgáltatásra).

Kezdetben (első 6 hónap) a nem szisztematikus megfigyelést és leírásjellegű adatgyűjtést végeztem: megismertem a fizikai környezetet, a szereplőket, a cselekményeket és aktorokat, a fizikai tárgyakat és kulturális artefaktumokat. A későbbiekben (második 6 hónap) a leírások mellett a fókuszált résztvevői megfigyelés technikáit alkalmaztam: amikor sikerült meghatároznom

a főszereplőket és az alapvető cselekményeket, már a központi témámhoz (anyaság és szerhasználat) kapcsolódó cselekmények és viselkedések jellegére és ritmusára figyeltem. Ezt követte a szelektív megfigyelés (az első fázis 9 hónapja és a második fázis), amely során specifikus jellemzőket figyeltem meg (a résztvevők és a szolgáltatás megkülönböztető jegyei), illetve azokat a különbségeket, amelyeket a saját várandósságom és anyaságom váltott ki a megfigyeltekben és magamban mint megfigyelőben.

A vidéki női lakóotthonban 3 napig tartózkodtam. Az alapelvek megegyeztek a fővárosi alacsonyküszöbű szolgáltatásnál végzett megfigyeléssel, azzal a különbséggel, hogy itt a mindennapi folyamatokban (pl. főzés, bevásárlás, séta) is aktívan részt vettem. Elsősorban azokkal a nőkkel (anyákkal) beszélgettem, akik a szerhasználók voltak és a mi segítségünkkel kerültek oda, de mivel az ő életterükben voltam, nyitottan álltam bárki felé.

A szerepem aktív megfigyelő mint résztvevőként definiálható: a csoport tevékenységeiben aktívan részt vettem, de külső személy maradtam, és nem köteleződtem el a célok és értékek tekintetében. A megfigyelésről részletes terepnaplót vezettem.

6.3.6.2. Félig strukturált interjúk[3]

Az interjúk felvétele két fázisban történt: az első felvétel 2009-ben ($n = 20$), a második 2010-ben ($n = 12$). Az interjú vezérfonalának kidolgozása és az adatgyűjtés egy olyan kutatáshoz készült, amelyben a várandós szerhasználó nők ellátását, az ellátórendszer viszonyát vizsgáltuk (Kaló–Mándi–Sógorka–Rácz, 2011). Az interjúban való részvétel kritériumai közé tartozott az önbevallásos szerhasználat mellett az igazolt terhesség vagy 3 év alatti kisgyermek. Az interjúalanyok informált tájékoztatást kaptak a vizsgálat céljáról, és tájékoztatáson alapuló beleegyezésüket adták az interjúhoz. Mindkét évben motivációs ajándékként 3000 forint értékű vásárlási utalványt (2009-ben a kutatás, 2010-ben a MEJOK Alapítvány által támogatva) kaptak, abban az esetben is, ha visszavonták vagy felfüggesztették az interjút. Az interjúkat az első szerző vette fel.

Az interjú első része egy kérdőívből állt, amelyet az interjúkészítő olvasott fel, majd lejegyezte a válaszokat. A kérdőív az alapvető szociodemográfiai adatok rögzítése érdekében került felvételre. A kérdőív Márványkövi, Melles, Légmán és Rácz (2008) mintája alapján az alábbi információkat tartalmazta:

3 Az alfejezet részleteket tartalmaz Kaló–Mándi–Sógorka–Rácz (2011) tanulmányából, a kiadó engedélyével.

demográfiai adatok (nem, születési idő, családi állapot, foglalkozás, jövedelemforrás, származás, együttélés, lakhatási körülmények, iskolai végzettség); az illegális és legális szerhasználat mintázata (szerekre lebontva, első használat, gyakoriság általában és az elmúlt 30 napban); egészségügyi állapottal, várandóssággal kapcsolatos információk (fertőző betegségek, egészségügyi beavatkozások száma, módja).

Az interjú öt tematikus blokkot tartalmazott: 1) élettörténet; 2) várandósság, anyaság; 3) korábbi tapasztalatok az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatban; 4) jelenlegi helyzet leírása; és 5) perspektívák, jövőkép; szülés, gyermek hatása a személyes jövőre. Az interjút a témák vezették, a kérdések nyitottak, inkább orientálók voltak. Az interjút a kutatási kérdés vezette, amely a 2009-es adatfelvétel során elsősorban az ellátórendszeri tapasztalataira vonatkozott, 2010-ben pedig az anyaság–szülőség jelenségére. Az interjúkészítőnek feladata volt megtalálni a megfelelő egyensúlyt az interjú feletti kontroll és az interjúalany szabadsága között ahhoz, hogy az interjú válaszoljon a kutatási kérdésekre, és lehetőség legyen új topikok megnyitására is. Az önkéntes munka (és résztvevői megfigyelés) révén az interjúalanyok és a kutatásvezető már ismerték egymást, ami a kulturális–szociodemográfiai háttér megismerésében eredményesnek és a rapport kialakítása szempontjából hasznosnak bizonyult. Az interjúk időtartama 45 és 60 perc között volt. Az interjúkat diktafonnal rögzítettem, majd a beszélt nyelvi diskurzus verbális elemeit az interjúalanyra jellemző vagy az interjúalany számára fontos, jelentésteli prozódiai és a nem verbális alkotóelemekkel együtt írtam át.

Az összevont adatok alapján az interjúalanyok átlagéletkora 29 év (SD = 18–43 év) volt. A minta főbb jellemzőit a 8. táblázatban mutatjuk be, további jellemzőit lásd Kaló és munkatársai (2011) tanulmányában. Az interjúalanyok illegálisszer-használata aktív volt (elsődleges drogok: amfetamin vagy designer drogok, illetve heroin; a 2010-es felvétel során két alkoholproblémával rendelkező nő került a mintába). A szerhasználatra, illetve a betegségek előfordulására vonatkozó gyakorisági adatokat a 8. táblázatban foglaljuk össze.

8. táblázat. A várandós droghasználó nők szociodemográfiai adatai

Az adatfelvétel éve		**2009**	**2010**
Mintaelemszám		20	12
Életkor	átlag	28,8 év	29,2 év
	terjedelem	18–43 év	18–42 év
Származás	magyar	35%	50%
	cigány	65%	50%
Iskolai végzettség	alapfokú	70%	70%
	középfokú	25%	20%
	felsőfokú	5%	10%
Családi állapot	egyedülálló	30%	50%
	partner-/élettársi kapcsolat	50%	25%
	házas	5%	0%
	egyéb (van kapcsolata, de nem együttélés; özvegy; párja jelenleg börtönben)	15%	25%
Munkaerőpiaci státusz	munkanélküli, nem keres állást	45%	0%
	munkanélküli, álláskereső	10%	25%
	részmunkaidőben dolgozik	10%	50%
	teljes munkaidőben dolgozik	5%	0%
	háztartásbeli	5%	0%
	tanul	5%	12%
	rokkantnyugdíjas	5%	12%
	egyéb / nem válaszol	15%	0%
Prostitúció		5%	66%
Gyermekek száma	1	25%	25%
	2	25%	25%
	3	5%	0%
A terhesség tervezése	nem tervezte	80%	66%
	tervezte	15%	24%
	nem tudja / nem válaszol	5%	0%

9. táblázat. A minta szerhasználatra és ismert betegségekre vonatkozó előfordulás-gyakorisági adatai

Alkoholfogyasztás	nem jellemző	70%	50%
	alkalmanként fogyaszt alkoholt	25%	25%
	mindennap fogyaszt alkoholt	5%	25%
Dohányzás	naponta egy doboz (19 szál)	60%	70%
	naponta egy doboznál kevesebb (19 szál)	35%	25%
	nem dohányzik	5%	5%
Tartós betegség	magas vérnyomás	50%	50%
	pánikbetegség	10%	–
	cukorbetegség	–	10%
	nyirokkeringés-zavar	–	10%
Droghasználatból származó betegség	hepatitis B	15%	25%
	hepatitis C	–	25%

6.3.6.3. Mélyinterjúk

A mélyinterjúk célja az utánkövetés és az idői keretek vizsgálatba emelése volt. A szülés utáni interjúk lehetővé tették, hogy a vizsgálati csoportba tartozó személyek változásra és fejlődésre való reflexióit vizsgálhassam. A vizsgálati személyek többsége visszajelez a fővárosi alacsonyküszöbű szolgáltató felé a szülés utáni eseményekről, de az interjú keretei lehetővé tették, hogy strukturáltan megismerjem a szüléstörténeteiket, az anyasággal kapcsolatos elképzeléseik megvalósulásait, változásait és gyakorlati eredményeit. A mélyinterjú kivitelezéséhez aktív interjúkészítési technikát alkalmaztam (Holstein–Gurbrium, 2012). Ez a technika az etnografikus információgyűjtési módszerekre hasonlít; az informális, mindennapi beszélgetésektől az különbözteti meg, hogy a vizsgálatvezető kutatási kérdése vezeti. Az aktív interjú „egy társas együttlét, mely során tudás konstruálódik (…) az interjú nem pusztán egy semleges csatorna vagy a torzulás forrása, hanem olyan színtér, olyan alkalom, ahol maga az érdemleges tudás előállítódik" (uo. 118).

A két mélyinterjút egy lakóotthonban terveztem felvenni két, a fővárosi szolgáltatónál korábban megismert szerhasználó (akkor még várandós) személlyel. Azért választottam őket a mélyinterjú alanyainak, mert korábban megfelelő rapport alakult ki közöttünk, és megfelelő verbális képességekkel rendelkeztek ahhoz, hogy fogalmi szinten beszélgessünk az anyaságról. A 2014. márciusi látogatásomkor azonban az egyik anya (Anna álnévvel) visszaélésszerű szerhasználatára derült fény, megérkezésemkor intoxikált állapotban volt,

és épp a pszichiátriára ment be detoxifikálásra, ezért vele 2014 áprilisában egy budapesti kórházban vettem fel a mélyinterjút.

Az interjúk egyenként összesen legalább másfél órásak voltak, egy vagy két nap alatt több részletben rögzítettem őket diktafonnal, majd jegyeztem le a félig strukturált interjúknál is alkalmazott átírási szabályokkal.

6.3.7. Adatelemzés

A kvalitatív kutatásokban az adatgyűjtés és az adatelemzés nem elválasztható folyamat – az adatfelvétel során szerzett tudás befolyásolja az adatfelvételt, és az adatelemzés már a legelső adatgyűjtési fázisban megjelenik. A kutató a kutatási kérdést mindvégig szem előtt tartva gyűjti és elemzi az adatokat, miközben reflektál a saját érzéseire, élményeire is. Különösen egy ilyen helyzetben, ahol a kutatási kérdés az, hogy milyen élmény a várandós vagy kisgyermekes szerhasználó anyák számára a várandósság és az anyaság, és a szerző maga is közben válik anyává, fontos az önreflexió.

Az adatelemzéshez használt tematikus elemzés módszere az idiografikus esettanulmányokhoz javasolt, amikor egy jelenség exploratív jellegű, mély megértése a cél, és a minta nagysága nem nagyobb 10 esetnél, illetve az interjús technikákat megfigyeléssel és más kvalitatív módszerekkel is módunk van kiegészíteni. Ezek a módszerek a szöveges adatok interpretációjához járulnak hozzá. Minden szöveges anyagot – a félig strukturált interjúk (n = 20) és a mélyinterjúk (n = 2) átiratait – elemeztem, a résztvevői megfigyelés és a dokumentumok a jelenség értelmezéséhez járultak hozzá. Az elemzéshez nem használtam kvalitatív elemzői szoftvert, egyrészt mert a szakirodalom nem javasolja (Willig, 2008), másrészt mert egy olyan szerteágazó, sok személyes feljegyzést tartalmazó, több éves kutatómunka interpretációja történt meg, amelyben egy szoftver alkalmazása szükségtelen határokat szabott volna.

Az első fázisban az írott szöveg olvasása és újraolvasása, valamint a feljegyzések készítése történt. A szöveg újraolvasása közben kódoltam az olvasottakat: összegyűjtöttem az asszociációkat, kérdéseket, összegző kijelentéseket, megjegyzéseket, a speciális nyelvhasználatot, a hiányokat, a leírásokat.

A második fázisban azonosítottam és címkéztem a témákat. A szöveg minden részére kiterjedően olyan témákat kerestem, amelyek fogalmi jellegűek, és valamilyen alapvető mondanivalót ragadnak meg a szövegből, illetve ahol volt lehetőség pszichológiai terminológia alkalmazására.

A harmadik fázis az elemzésben a struktúra feltárása: a témák klaszterekbe rendezése és a klaszterek közötti kapcsolatok feltárása. Az összefoglaló

táblázatok tartalmazzák a szövegek alatti (pl. nyelvi-paranyelvi sajátosságok) és a szövegek feletti információkat (pl. résztvevői megfigyelés terepnaplói, az interjúalany dokumentumaiból ellenőrzött információk, elméleti megfontolások, memók[4]), amelyeket bevontam az értelmezésekbe. Az elemzés során készült teljes összefoglaló táblázat kb. 30 ezer szót tartalmaz, az összes kódra vonatkozó interjúidézetekkel.

6.3.8 Eredmények: az adatok értelmezése

Az eredmények a megfigyelések, a félig strukturált és a mélyinterjúk adatainak elemzéséből áll össze. A várandósság és anyaság mint a vizsgálat két középponti témája határozza meg az eredményeket, minden adatot ehhez képest, ennek kiegészítésére, leírására, megértésére, a jelentésstruktúrák mélységének feltárására használunk fel. A tematikus elemzés eredményeképpen kapott fő- és altémákat a *10. táblázat* foglalja össze.

10. táblázat. Tematikus elemzés, a fő- és altémák összefoglaló táblázata

Főtémák	Altémák
Anyagi bizonytalanság	Felelőtlenség megtapasztalása – Szégyen
	„Ha lenne pénzem, a gyerekre költeném" – A gyermek marginalizációja
	A partner csak szerekre költi – Magányos felelősségvállalás
	Szegénység – A szegénység passzív áldozata
	Állami támogatásrendszer hiányosságai – Segítségre utaltság megfogalmazása
Szeparáció	Megítélés észlelése – Stigmatizáció megélése más anyáktól – Összehasonlítás más (volt) szerhasználó anyákkal: „Jobb anya, mint én.", „A jó anya otthon marad a gyerekkel."
	Nem kap valódi segítséget; ha van nagymama, az túl sokat segít, „mindent jobban tud" – Szeparáció a saját családtagoktól – Támogató (anyagi, érzelmi) család hiánya
	Határállapot megélése a saját csoportban – Már nem szerhasználó, de még nem felépült identitás
	A partner nincs jelen a gyereknevelésben
	„A szociális ellátórendszer azt akarja, hogy csak anya legyél" – Igények kielégítetlensége
Otthonmaradás vs. munka	„A gyerekkel akarom tölteni az időt" – 3 év gyermekkel töltött idő (gyes)
	Nem minőségi idő

[4] A kvalitatív kutatásban használt memó olyan feljegyzéseket jelent, amelyek az elemzés közben merülnek fel a kutatóban, de az elemzett szöveghez, a létrehozott kódokhoz nem kapcsolódnak közvetlenül elméleti-fogalmi vagy más jellegű (pl. aktuális újságcikk, művészeti alkotás készítéséhez való) jegyzetek.

Szerhasználat	„Abbahagyni" – az ellátórendszer segítsége nélkül „Már annak a gyereknek úgyis mindegy" – Felmentések alkalmazása szerhasználat esetén Metadonfenntartó kezelés – A programban való részvétel által láthatóvá válás – Félelem a gyermek elvesztésétől, a kudarctól
Stigmatizáció	Mint szerhasználó Mint metadonos Mint rossz anya Mint aki segítségre szorul / segítségkérő Mint prostituált Mint akit megvert/elhagyott/kihasznált a partnere Mint cigány Mint hajléktalan Mint túl fiatal anya Mint túl öreg anya
Idő	„Zsonglőrködés az idővel"
Ellátórendszer	„Tárgyalás" az ellátórendszer tagjaival – Meg kell tanulni kiállni magáért, a gyermekért egy külön „nyelvet" használva Különböző szintű beavatkozások – Levelezés vs. saját otthonába belépés Különböző bizalmi fok az ellátórendszer tagjaival
Hibáztatás	Önmaga hibáztatása Egymás hibáztatása az apával Mások hibáztatása A rendszer hibáztatása
Egyedülálló	Szituáció, amiből tanulhat Szituáció, amit csinálnia „kell" Elhagyatottság
Baráti kapcsolatok	Az anyai szerep nem illik bele a korábbi barátságba, nem integrálható
Veszteségek	Idő Autonómia Függetlenség
Pozitív változás	„Van kiért lenni" – Szociális és egzisztenciális szorongás oldása „Van kiért tenni/harcolni/leszokni" – Az autonómia növekedése
Gyermekeikkel kapcsolatos érzéseik, gondolataik	„A legfontosabb" „Akiért bármit megtennék" Amikor elvették tőle a gyermekét, több szert használt, hogy „elviselje a fájdalmat" Aggodalom Céltudatossá tesz A gyermekeik ismerete „anyai szakértői tudás" A gyermek igénye az első helyen, még ha ez anyaként fájdalommal is jár Csak az anya mellett van jó helyen – norma

Apával való kapcsolat	Intenzív, bevonódó, elfogadó
	Kihasználó
	Nincs
	„Ne vigye el a gyereket" – Félelemkeltő
	Elutasító
	Ragaszkodás a kétszülős modellhez/ideához
Anyaságról való explicit, implicit tudás megszerzése	Saját anyával való azonosulás
	Saját anyával való azonosulás megtagadása, az anyai mintával való ellentétes működés
	Fiatalabb testvére felnevelése mint modell
	Szomszédok közössége – jó minták
	Más anyák megfigyelése a játszótéren/utcán
	Nőrokonok (nagymama, nevelőanya, mostohaanya, nagynéni, nővér) mint szerepmodellek

6.3.8.1. Várandósság és szerhasználat

Az interjúalanyok várandóssághoz való viszonya ambivalens volt attól a ponttól kezdve, hogy felismerték: több résztvevő úgy gondolta, hogy a szerhasználatuk (annak egészségkárosító hatásai, illetve az abortuszok, spontán vetélések) miatt már nem eshetnek teherbe. Gyakran későn ismerték fel a várandósságot ahhoz, hogy elvetessék a magzatot, ez egyrészt félelmet, másrészt a passzív felelősségvállalás ambivalens érzéseit (felelősséghárítás, fatalizmus) keltette bennük. A teherbeesést úgy élték meg, mint egy (pozitív) lehetőséget arra, hogy leszokjanak a drogokról, alkoholról, ugyanakkor féltek is elveszíteni azt, ami az életük része volt, lemondani a „stabil", „jó élményt" adó dolgokról. Féltek attól, hogy megváltozik az életük, de vágytak is rá.

> *„És akkor meg is ijedtem, hogy Úristen, mostantól már nem rólam fog szólni az élet."* (T4_2009)

A várandósság élménye az interjúalanyoknál a magzattal való kapcsolat, az énkép és a jövőkép megváltozása, valamint az ellátórendszerrel való kapcsolatba kerülés jelentésrészeiből áll össze. A szerhasználat mint az én egyik legfontosabb identitásrésze szerepel az adatban, a stigmatizáció ebben a jelentésrészben kapcsolódik össze a várandóssággal. A stigmatizációt szerhasználóként, „metadonosként", prostituáltként, hajléktalanként ugyanúgy tapasztalják, mint „túl" fiatal vagy idős anyaként, de a várandósság jelentésstruktúrájában a szerhasználat a legkiemelkedőbb. A várandósság a szerhasználatról való gon-

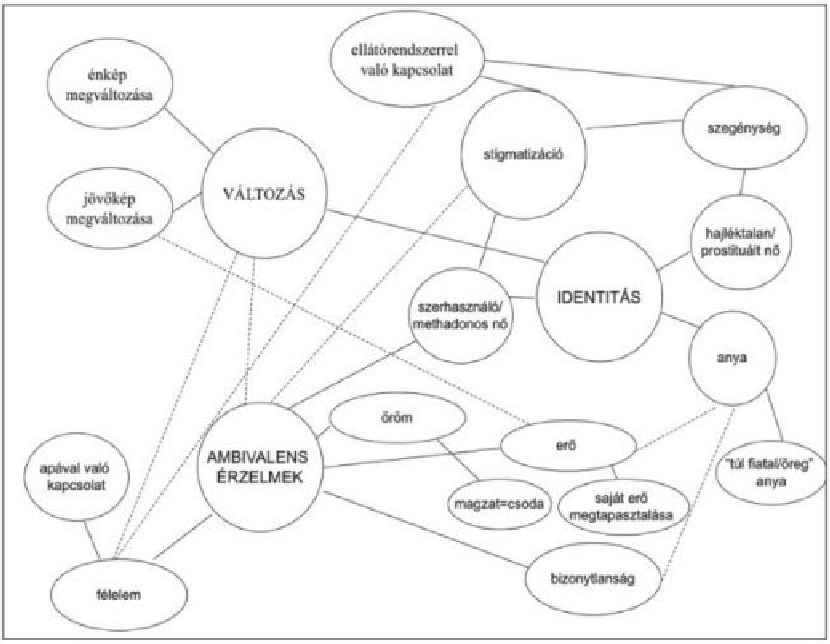
dolkodást idézi elő; nem egyértelműen pozitív vagy negatív élmény; egyszerre okoz szégyent, félelmet és az autonómia, függetlenség elveszítésének lehetőségét; és megjelenik úgy is, mint egy rég várt, „felsőbb erőtől" származó üzenet. A várandósságok egyike sem volt tervezett, és szinte mindegyik azután derült ki, hogy a magzatot el lehetett volna vetetni.

A jelentésstruktúra szinte minden adatát áthatja az ambivalencia és a bizonytalanság. A bizonytalanság a jövőképben jelenik meg, anyagi bizonytalanság formájában: a szerhasználók többsége a szegénység passzív áldozata, akinek a napi gondok megoldásához is segítségre van szüksége. A várandósság előtt a partnerbe vetett hit és ráhagyatkozás volt jellemző, de a fogantatás a nőt is felelőssé, a jövőképre fókuszálttá tette, és mivel az apa legtöbbször nem vállalja a gyermeket, a szerhasználó nőnek egy újfajta (anyai) autonómiát kell megtanulnia. A várandósság egy olyan átmeneti időszakként kerül leírásra, amelyben a szerhasználó nő egy újfajta identitást épít fel, amely nem elsősorban a többségi társadalom fogalmaival meghatározható anyai identitás, hanem egy nem-szerhasználó, az anyagi bizonytalanságokra választ és megoldást kereső, egyedülálló, stigmatizációval és szeparációval szembenéző egyén identitása.

Az 5. ábra bemutatja a tematikus elemzés eredményeképpen készített tématérképet. A várandósság élménye három központi témához köthető, amelyek a változás, az identitás és az ambivalens érzelmek.

A magzattal való kapcsolatot a (negatív vagy semlegesnek kódolható) testi tüneteken kívül többnyire nem jellemezték mással, ha mégis pozitívként írták le, mint olyan élményt említették, amely nem megosztható a környezetükben élőkkel. Az indokok között egyéb olyan negatív életesemények (pl. anyagi problémák, bántalmazó kapcsolat) álltak, amelyek hatással voltak a várandósság mint élmény értelmezésére.

> *„Szerettem. Hát, amikor egyedül voltam, szerettem hozzá beszélni. Én magamban boldog voltam belül, azért merthogy nem mutattam ki, meg ilyesmi, de nagyon örültem neki, pláne hogy kislány, meg minden. Mindig simogattam, beszélgettem neki. Volt olyan, hogy ha elmentek otthonról, bekapcsoltam a zenét, rendesen táncolt, mozgott a hasamban. Meg beszéltem (…) Áh, nehézkes, na. Ja. Szóval voltak boldog pillanatok is az mellett, hogy nagyon keservessé tette a [élettárs neve]."* (V12_2010)



5. ábra. Tématérkép a várandósság élményéről. (Jelmagyarázat: nagybetűs = főtéma; kisbetűs = altéma; vonal = erős kapcsolat; szaggatott vonal = gyenge kapcsolat)

6.3.8.2. Anyaság és szerhasználat

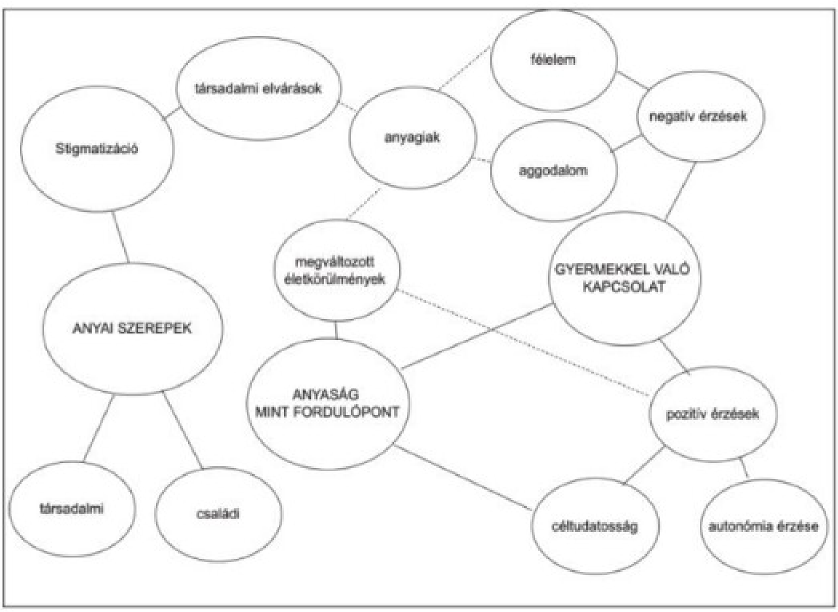
Az anyaság élménye a résztvevők számára a szerepmodellek, a társadalmi elvárások, az anyagiak, a gyermekkel való kapcsolat és az anyaság mint fordulópont és változás jelentésrészekből álltak össze. A szerhasználat az anyaság jelentésstruktúrájában nem jelent meg a struktúra elemi részei között. A gyermekükkel való kapcsolat a legfontosabb ebben az időszakban, akiért bármit megtennének, aki erős negatív (pl. aggodalom) és pozitív (pl. céltudatosság) érzelmeket vált ki belőlük. A gyermek igénye található náluk az első helyen, még ha ez számukra lemondással, fájdalommal is jár.

A társadalom, a családtagok, a partner elvárásai, az egészségügyi-szociális ellátórendszer stigmatizációja is befolyásolta, hogy hogyan viszonyultak az anyasághoz, mintegy mintát adva arra, hogyan „kellene" viselkedniük, és jelezve feléjük, hogy ezeket a mércéket, értékeket úgysem tudják elérni.

„Hát hozzám nem jól viszonyulnak, merthogy én vagyok az anya, tőlem elvárják, hogy én stabil legyek, és igen is, hogy én miért nem álltam talpra, és hogy miért vagyok... Miért ment be az egész ház feljelenteni engem, mert összefogtak ellenem." (V4_2010)

A szerhasználói norma szerint a gyermeknek az anya mellett van a legjobb helye (a többségi normával megegyezően), ezért bármire képesek, hogy „ne vegyék el tőlük". Habár úgy gondolják, hogy a gyermekeik ismerete „anyai szakértői tudás", mégis számos explicit és implicit tudás megszerzésére vonatkozó kód utal a szerepmodellek és minták jelentésstrukturáló szerepére: a saját anyjukkal (vagy más elsődleges gondozóval) való azonosulás vagy az anyai minta teljes megtagadása, a fiatalabb testvérek felnevelésének tapasztalata, vagy más anyák megfigyelése a játszótéren, illetve az utcán. Ezek a megfigyelések lassan elmaradnak, mert úgy értelmezik az így szerzett élményeket, hogy ők nem felelnek meg az általános elvárásoknak, részben a múltjuk, a megélt stigmatizáció, részben a szűkös anyagi lehetőségeik miatt. Miközben az anyagi körülmények a korábbi élethelyzeteikhez képest stabilabbak a gyermektámogatási összegek miatt. Részben ezért is maradnak otthon három évig, amellett hogy úgy vélik, a „jó anya otthon marad a gyerekkel".

A 6. ábra bemutatja a tematikus elemzés eredményeként kapott tématérképet.



6. ábra. Tématérkép az anyaság élményéről. (Jelmagyarázat: nagybetűs = főtéma; kisbetűs = altéma; vonal = erős kapcsolat; szaggatott vonal = gyenge kapcsolat)

6.3.9. Diszkusszió

Az adatok értelmezése és az elemzés rávilágítottak arra, hogy a várandósságot és az anyaságot a szerhasználóknál külön érdemes értelmezni, mert a szerhasználat mint faktor szerepe jelentősen különbözik. A várandósság alatt a magzattal való közvetlen kapcsolat a szerhasználatot az egyik fő komponenssé teszi a jelentésstruktúrában, míg az anyaság értelmezésében a szerhasználat lehet egy múltbeli esemény felépültek esetében, vagy egy olyan tényező, amelynek a résztvevők értelmezése szerint nincs közvetlen hatása az anyaságra.

A szerhasználó nőknél megfigyelt jellemző hiedelem a reprodukciós képességek elveszítése. Éppen ezért a várandósság egy olyan váratlan esemény a szerhasználók számára, amelyre semmilyen szempontból nincsenek felkészülve (Bonati és mtsai, 1990; Ettore, 2004; Hjerkinn–Lindbæk–Rosvold, 2007). Ezért a várandósság fogalma is másképp konstruálódik: nagyobb hangsúly helyeződik arra, hogy az ellátórendszer milyen visszajelzéseket nyújt a szerhasználó nő reproduktivitására és testére. Az érintett nő is egy állapotként, mintegy kívülről (Ettore, 2004) tekint a belső folyamatokra, és a várandósság értelmezését a test felől és az életvitelét érintő gyakorlati kérdésekből vezeti le. A fogantatás egy olyan nem várt fordulat az életében, amely által visszaszerezheti az élete feletti kontrollt, az autonómiáját, akár a sorstárscsoporttól, partnertől való eltávolodással, ugyanakkor a társadalom (az egészségügyi ellátórendszeren keresztül) újra egy olyan szerepbe helyezi, amelyben medikalizálódik (szélsőséges esetben hospitalizálódik) (Young, 1984). A többségi társadalom szemében a szerhasználó nők elbuktak az összes hagyományos női szerepben: mint nők, anyák és feleségek (Malloch, 1999), és ezt a véleményt a szerhasználó nők a stigmatizáció formájában élik meg a várandósság jelentésébe integrálva.

Az „intenzív anyaság" (Hays, 1996) és az anyaság posztmodernizációjának (Gillespie, 2000) elemei megtalálhatók a szerhasználó várandós és kisgyermekes anyák adataiban a saját maguk által választott szerepmodellek (Brownstein-Evans, 2001) és a társadalom elvárásaiban megfogalmazva. Mindent fel akarnak áldozni a gyermekért, az a jó anya a szemükben, aki erre képes – ők a szerhasználat felhagyásának, csökkentésének formájában ezt valóban meg is élik. Az anyaság egy olyan fordulópont, a változás olyan kiindulópontja, amely képessé teszi őket arra, hogy autonómmá váljanak. A gyermek válik a legfontosabbá az életükben, lesz valakiért „tenni, harcolni, leszokni". Az anyaság újfajta autonómiájában újfajta függés alakul ki immáron a gyermektől, akinek a fordulópontot köszönhetik, aki miatt rendeződhetnek anyagi

és lakhatási körülményeik, akivel minden idejüket együtt töltik. A látszólagos anyagi biztonság azonban továbbra is a szegénység passzív áldozatává teszi őket, amitől ugyanúgy stigmatizáltnak élik meg az anyaságot. Nem tehetik meg, hogy bármit megvegyenek a gyermeküknek, szükségük van a segítségre, függő viszonyban vannak a szolgáltatóktól, az adományoktól. A tapasztalatok alapján a („jó") anyaság frusztrálóbb, fárasztóbb, izolálttá, depresszióssá tesz, összességében sokkal nehezebb, mint számítottak rá (Lupton, 2000). Nem reális elvárások alapján ítélték meg őket, ami ahhoz vezetett, hogy ők is elkezdték hibáztatni magukat és más droghasználókat. Amikor figyelmet kaptak valamilyen külső személytől, azt nem önmagában és segítőnek, hanem intruzívnak, büntetőnek értékelték, ami erősítette a stigmatizált és diszkriminált élményüket (Banwell–Bammer, 2006). Ambivalencia és függőség jellemzi az anyaságot, ha ebben az új keretben a függőség valójában a társadalomtól, a jóléti rendszertől való függőséget jelenti is.

6.3.10. Konklúzió és módszertani kitekintés

A bemutatott vizsgálat egy többéves kvalitatív kutatási módszerű megfigyeléses és interjús technikákon alapuló kutatói munka eredménye, amely során a szerhasználói populáció egy speciális csoportja (és saját magam mint kutató és anya) várandóssághoz és anyasághoz való viszonyának, értelmezésének feltárására került sor. A kvalitatív esettanulmányok egyik legfontosabb előnye az, hogy általa megismerhetővé válik egy jelenség, amely egy speciális kontextushoz és populációhoz tartozik. Ennek elérése érdekében a kvalitatív kutatásokban részletes beszámolók olvashatók a személyekről és a környezetről (settingről), hogy az olvasó a megfelelő kontextusban tudja értelmezni a vizsgálati eredményeket. Ugyanennyire fontos a vizsgálati, elemzési és interpretációs folyamat részletes ismertetése. Lényeges, hogy a vizsgálat vezetője megfelelően reflektív legyen a saját prekoncepcióit és élményeit illetően, amelyeken „átszűri" az értelmezéseket.

A vizsgálat során – a reflexivitásnak megfelelően – többször kellett módosítani a vizsgálati tervet. A mintáról kiderült, hogy a vártnál sokkal kevésbé homogén: a női szerhasználói minta heterogén a szerhasználat minősége és mennyisége, a szenvedélybetegség és felépülés közötti skálán való elhelyezkedés, a kulturális háttér, a gyermekekhez való viszony és a verbális kifejezőkészség szempontjából (Kaló–Rácz, 2010; Kaló és mtsai, 2011). Ezek a faktorok befolyásolták a várandóssághoz és az anyasághoz való viszonyt és azt arról való beszélni-tudást és nem utolsósorban a saját interpretálási lehetőségeimet.

A különböző adatok és a minta heterogenitása szükségessé tette egy olyan módszer alkalmazását, amelyben az interpretáció lehetővé teszi a jelenség mezo- és makroelemzését, valamint az önreflexiót. Érdemes volna folytatni a vizsgálat utánkövetéses jellegét: az anyák saját otthonukban való meglátogatását a gyermek születése után és az anya-gyermek interakció közvetlen megfigyelését. Ugyanakkor a vizsgálati eredmények szempontjából mérlegelendő egy ennyire intim (akár intruzívnak is értékelhető) adatgyűjtési módszer. A jelenlegi eredmények tükrében hasznos lenne az anyaotthont nem igénybe vevő szerhasználó anyák élményének megismerése és interpretációja is.

7. HATÉKONY INTERVENCIÓK A NŐI SZERHASZNÁLAT KEZELÉSÉBEN

A nemzetközi drogszakmai és egészségügyi ajánlásokban (EMCDDA 2005, 2006, 2009, 2010; Benoit–Dambélé, 2015; WHO, 2014) régóta központi tartalmi elem a genderalapú megközelítés a drogkutatásokban és a speciális lányoknak/nőknek nyújtott szolgáltatásokban. Ezek a nemzetközi szakmai útmutatók és dokumentumok felhívják a figyelmet arra, hogy a lányoknak/nőknek speciális igényeik vannak (biológiai, pszichológiai és társadalmi okokból), amelyeket speciális ellátással ajánlott kezelni. A nőkre speciális sérülékenység jellemző a reproduktivitásból fakadó biológiai, pszichológiai és társadalmi elvárások okán, a vizsgálatok szerint fogékonyabbak a szerhasználatból fakadó fizikai és pszichoszociális ártalmakra, és nagyobb a kockázata a kialakuló egészségügyi problémáknak, mortalitásnak, komorbid zavarok kialakulásának. A korábbi fejezetben leírtak alapján az okok egyéni és társadalmi-intézményi szinten is megjelennek. Egyéni szinten a lányok és nők gyakrabban éreznek bűntudatot vagy szégyent a szerhasználat miatt, anyaként alsóbbrendűnek érzik magukat, és kevésbé keresnek segítséget a szerhasználat következtében kialakuló fizikai és pszichés problémák miatt. Intézményi és társadalmi szinten a lányok és nők szerhasználattal összefüggő problémáira való nyitottság hiánya, a stigmatizálás és a biztonságos tér hiánya jelennek meg elsősorban a kezelésbe kerülés akadályaiként. A nők gyakrabban komplexebb és nemspecifikusabb kezelést igényelnek, amelyben az érzelmi szükségleteikre is reflektálnak, valamint figyelembe veszik azokat a társas-társadalmi szempontokat, amelyek hátráltatják a kezelésbe kerülésüket (pl. gyermekkel együtt való ellátás, gyermekmegőrzés). A komplexebb kezelés elsősorban azt jelenti, hogy jól képzett szakemberek képesek felismerni a trauma okozta tüneteket és mellékhatásokat, és nem esnek bele a sztereotip diagnózis- és prognózisalkotás hibáiba.

Szerhasználati prevenciók és erre specializálódott kezelések már az 1960-es években elkezdődtek, de valójában csak az 1990-es évek óta foglalkoztatja a nemzetközi irodalmat az a tény, hogy a nők és a férfiak közti különbségeket figyelembe kell venni kezelésük során, kiemelt tekintettel a fiatalabb korosztályra. Számos kutatás szerint a genderneutrálisnak szánt, általánosságban

elterjedt addiktológiai programokat a domináns férfitársadalomra szabták (Jarvis, 1992; Covington, 2008a, 2008b; Meyer és mtsai, 2019; Neale és mtsai, 2018). Covington (2008a, 2008b) nyomán genderreszponzív(nak nevezhető) az a kezelés, amely elismeri a nők eltérő pszichoszociális szükségleteit, és reflektál a női élettörténetre jellemző erőforrásokra és kihívásokra. A genderreszponzív addiktológiai programok jellemzője a traumainformáltság, mivel a női élettörténetben a trauma és a szerhasználat jelentősen összefügg. A trauma- és addikcióelméletet ötvöző programokra integrált kezelésként utal a szakirodalom (Covington 2008b; Najavits, 2017). Az utóbbi húsz évben egyre szélesebb körben felismerték, hogy a női szerhasználók igényei eltérnek a férfiakétól, melyet egy traumainformált genderszenzitív, integrált kezelési modell jobban szolgál a hagyományosan elérhető kezeléseknél (Covington és mtsai, 2008a; Covington 2008b; Fallot és mtsai, 2011; Messina és mtsai, 2010; Mulvihill és mtsai, 2018; Najavits, 2017; Poole–Dell, 2005). Az integrált addiktológiai kezelésnek a szerhasználó nő számára elérhetőnek, relevánsnak és biztonságot nyújtónak kell lennie (Covington 2008b; Herman, 2011; Mulhivill és mtsai, 2018; Tompkins–Neale, 2016; Poole–Dell, 2005).

Az utóbbi tíz évben egyre gyakoribbá váltak a genderspecifikus, integrált kezelést biztosító, traumainformált szerhasználói csoportok, melyek jelentősebb sikerekről számoltak be (Covington és mtsai, 2008a; Dass-Brailsford–Myrick, 2010; Fallot–Harris, 2002; Finkelstein és mtsai, 2004; Ford–Russo, 2006; Najavits, 2017; Torchalla és mtsai, 2011).

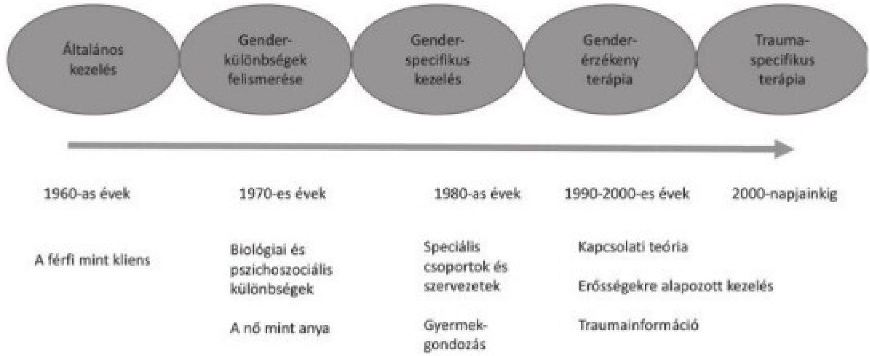
Az első szenvedélybetegeket kezelő modellek, teóriák genderspecifikus intervenciókat javasoltak, főleg a motivációs háttér, normatív krízis, személyiségjegyek és a stresszel való megküzdés különbözőségére alapozva (lásd Amaro és mtsai, 2001; Grella és mtsai, 2008) (7. ábra). Mára azonban a legtöbb program ún. traumaspecifikus vagy traumainformált beavatkozásokat javasol.

A szakirodalmi összefoglaló alapján a hatékony pszichológiai intervenciók szerhasználó nők számára alapvetően traumafókuszú beavatkozások, amelyek a pszichoedukáción és új interperszonális és megküzdési készségek elsajátításán alapulnak.

Három csoportba sorolhatók azok az intervenciók, amelyeket a kurrens szakirodalom hatékonynak ítél: viselkedésterápiás megközelítésen alapuló terápiák; traumafókuszú beavatkozások; mentalizációs technikát használó intervenciók. A viselkedésterápiás megközelítés alapú beavatkozásokban eredményesnek bizonyultak (Grella, 2008) a CBT-alapú relapszusprevenció eszközei, például az alkoholbeteg nők esetében pszichoedukációs módszerekkel a kiváltó ingerek felismerésének elsajátítása (Greenfield és mtsai, 2007). Dohányzó várandós nők kezelésében a kontingenciamenedzsment, a helyes viselkedés

(itt: absztinencia) jutalommal való megerősítése (Donatelle és mtsai, 2004) vezetett eredményre. Traumatizált szerhasználó nők esetében az elfogadás- és elköteleződésalapú (ACT) terápiák alapelveit felhasználva a betegségbelátás növelése hozott eredményt, amely elősegítette az elköteleződést a terápia iránt (pl. család, kapcsolatok fontossága), ezáltal növelve a terápián résztvevők önbizalmát (Lanza és mtsai, 2014).

7. ábra. A szerhasználat kezelése megközelítéseinek fejlődése a nemi különbségek szempontjából az 1900-as évek közepétől napjainkig (Grella, 2008 nyomán; Gács–Kaló, 2017)



A traumaspecifikus intervenciók (Fowler, 2011; McHugo, 2005; Messina, 2010) olykor a speciális alpopulációkkal végzett terápiás munka hatékonyságát mutatták be. A szerhasználó nők száma arányaiban magasabb a börtönviselt és a hajléktalan populációban a férfiakhoz képest (Open Society Foundations, 2018), ezért az ezeknek a csoportoknak nyújtott speciális szolgáltatás különösen fontos lehet. A börtön-színtéren a traumafókuszú viselkedésterápiás megközelítés (McHugo, 2005) és a kapcsolatterápia (Messina és mtsai, 2010) eszközeit felhasználó beavatkozások is eredményesnek bizonyultak. A hajléktalan bántalmazott nők körében a holisztikus test–elme kapcsolatra alapozó intervenciókat találták hatékonynak (McHugo, 2005). Traumatizált szerhasználó nőkkel végzett munkában a tudatos jelenlét (mindfullness), az interperszonális kapcsolatok, az érzelemszabályozás és a distresszetolerancia növelése bizonyultak hasznos eszközöknek (McHugo, 2005). Szexuális vagy fizikálisan bántalmazott szerhasználó nők csoportjában a pszichoedukációs jellegű programban különböző készségek elsajátítása és a szociális funkcionálás segítése zajlott hatékonyan (Fallot–Harris, 2002). Végül szerhasználó anyák számára a mentalizációs készség fejlesztése (MBT) volt célravezető az intervenciók hatékonyságának vizsgálata alapján (Suchman és mtsai, 2010).

11. táblázat. A nemzetközi irodalom alapján leggyakrabban használt intervenciós technikák és jellemzőik. (Rövidítések: CBT – kognitív viselkedésterápia; ACT – elfogadás-elköteleződés terápia; ATRIUM – addikciós és traumafeldolgozás-terápia; TREM – traumafeldolgozás és énerősítés; MBT – mentalizációs terápia) (Gács–Kaló, 2018 nyomán)

A leggyakoribb módszerek		A módszer lényege	Vizsgált csoport
Viselkedésterápiás megközelítések (Grella, 2008 nyomán)	CBT	Relapszusprevenció a kiváltó ingerek felismerésével, *pszichoedukáció*	Alkoholfüggő nők (Greenfield és mtsai, 2007)
	ACT	Betegségbelátás növelése, *elköteleződés* elősegítése a terápia iránt (pl. család, kapcsolatok fontossága), önbizalom növekedése	Traumatizált szerhasználó nők (Lanza és mtsai, 2014)
	Kontingencia-menedzsment	Jutalommal megerősíteni a meglévő jó viselkedést (pl. absztinenciát)	Dohányzó várandós nők (Donatelle és mtsai, 2004)
Traumaspecifikus intervenciók (Fowler, 2011; McHugo, 2005 és Messina, 2010 nyomán)	„Seeking Safety"	PTSD feldolgozása, *kognitív terápiás elemek* és csoportos pszichoterápia	Börtönben lévő szerhasználó nők (McHugo, 2005)
	ATRIUM	Holisztikus test–elme kapcsolatra épít	Hajléktalan bántalmazott nők (McHugo, 2005)
	Triad	*Mindfulness*, interperszonális kapcsolatok, *érzelemszabályozás* és a distressztolerancia növelése	Traumatizált szerhasználó nők (McHugo, 2005)
	„Beyond Trauma"	Kapcsolatok fontossága a nők életében, *kapcsolati terápia*	Börtönben élő szerhasználó nők (Messina és mtsai, 2010)
	TREM	Készségek, szociális funkcionálás segítése	Szexuális vagy fizikálisan bántalmazott szerhasználó nők (Fallot–Harris, 2002)
Mentalizációs terápia (Suchman és mtsai, 2010)	MBT	*mentalizáció*s készség fejlesztése	Szerhasználó anyák (Suchman és mtsai, 2010)

Magyarországon kevésbé kiforrottak a szerhasználó nőkkel kapcsolatos kutatások és kezelési lehetőségek, de egyes kezdeményezések azt mutatják, hogy a problémát már itthon is felismerték a szakemberek. 2017-ben a magyarországi gyermekotthonok fiatal felnőtt női körében végzett kvalitatív kutatás eredményei szerint Magyarországon 1) jelenleg nagyon kevés specializálódott szolgáltatás létezik szerhasználó nők számára; 2) tinédzser lányok számára nem

elérhető speciális szolgáltatás, vagy csak véletlenszerűen; 3) a szerhasználó lányok és nők életében a traumatikus élmények minden érintettel (18 év feletti gyermekvédelmi szakellátásban élő fiatal nővel) és szakemberrel (gyermekvédelmi szakellátásban dolgozó személlyel) készített interjús és fókuszcsoportban említésre kerültek; 4) a traumatizált lányok/nők könnyebben beszélnek, hatékonyabban gyógyulnak a csak női csoportokban (Kaló–Hegedűs–Szécsi, 2017).

Felnőtt nők számára azonban, kifejezetten szerhasználó anyák segítésére, szerveződött speciális csoport. A kábítószer-használó várandós nők részére 2013-ban a Józan Babák Klub „Alternatív Terhesgondozás és Családgondozás" elnevezés programját Budapesten a VIII. kerületben összesen 61 nő vette igénybe. Ebből személyesen 53 szerhasználó nő jelent meg, míg 8 fő telefonon vagy interneten keresztül kereste meg a programot. 2013 végén az alapítvány e-mail- és telefonos elérhetőségét továbbfejlesztve elindították a „Józan Babák Klub Krízisdiszpécser-szolgálatát" azzal a céllal, hogy országos lefedettségű, ágazatközi és intézményesített hálózatot hozzanak létre. A szolgáltatás 1–3 éves célja, hogy Magyarországon minden régióban kijelöljenek olyan addiktológiai szolgáltató szervezetet (alacsonyküszöbű szolgáltatás, drogambulancia stb.), amely a területen elsődlegesen fogadja a droghasználó várandós nők, illetve az őket ellátó szakemberek jelzéseit (NDF, 2014). Kaló, Szécsi és Hegedűs (2017) kutatásának eredményei szerint Magyarországon kevés genderspecifikus szolgáltatás érhető el szerhasználó nők számára. A traumatikus élmények minden szerhasználó nővel készített interjúban és fókuszcsoportban említésre kerültek. A traumatizált nők könnyebben beszéltek és hatékonyabban gyógyultak a csak női csoportokban.

7.1. A DIAGNÓZISALKOTÁS NEHÉZSÉGEI SZERHASZNÁLÓ NŐKKEL

A diagnózisban és a kezelésben akkor merülhetnek fel problémák, amikor egy adott problémáról szóló szakirodalom elsősorban csak férfiak/fiúk vagy csak nők/lányok mintáján vagy elsősorban bizonyos etnikai csoporton alapul, majd ez alapján általánosít az összes páciensre nézve. Az addikcióval és alkoholfüggőséggel kapcsolatos kutatások gyakran férfi vizsgálati alanyokon alapultak, majd általánosításokat vontak le az összes páciensre nézve (Greenfield, 2002). Pedig a nők és a lányok másképp metabolizálják az alkoholt, kevesebb italfogyasztás után tapasztalnak károsodást vagy intoxikációt, és esetükben nagyobb az alkohollal kapcsolatos balesetek következtében történő elhalálozás kockázata. Nők és lányok esetében gyorsabban jelentkeznek

az alkohollal való visszaélés következményei, és kevésbé valószínű, hogy addikcióspecifikus segítséget kérnének. Tapasztalati eredmények alapján nemek szerinti különbség mutatkozik a diagnózis kiértékelésében, a kezelésre adott differenciált reakciókban és a nőknek/férfiaknak szánt kezelés akadályaiban. Nemek szerinti különbség mutatkozik a kezelési eredményekben és a metamfetamin-, kokain-, ópiumszármazék- és dohányfüggőség előjeleiben is. A bűnözői magatartás kutatása túlságosan az afroamerikai férfiakra összpontosított. Számos értékelési eszközt ért kritika a torzulás miatt, amely patologizálja a színes bőrűeket, a traumát átélt nőket, a fogyatékossággal élő egyéneket, az erős vallási meggyőződéssel rendelkező személyeket, a szexuális kisebbségeket, az idősebb felnőtteket, az alacsonyabb társadalmi-gazdasági osztályból és más országból származókat (Brown, 1994). A sokszínű identitású személyek egyedi biológiai, társadalmi és pszichológiai valóságai rámutatnak arra, hogy mekkora értékkel bír annak figyelembevétele, hogy a nemi és más társadalmi identitások milyen módon befolyásolhatják egy rendellenesség kifejeződését.

7.2. A KEZELÉS ÉS A PROGNÓZIS NEHÉZSÉGEI SZERHASZNÁLÓ LÁNYOKKAL ÉS NŐKKEL

Az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA, 2007) kutatásai szerint néhány terapeuta és gyakornok pozitívabb prognózist vár férfi páciensek esetén, és erősítve a sztereotípiát, miszerint a nők könnyebben fejezik ki magukat, a férfiaknál instrumentálisabb, viselkedésalapú megközelítést alkalmaznak (Fowers–Applegate–Tredinnick–Slusher, 1996; Klonoff és mtsai, 2000; Rudman–Glick, 2001; Seem–Johnson, 1998; Wade, 2001). Az említett terapeuták elvárásai a színes bőrű, leszbikus vagy fogyatékossággal élő nők eredményeivel kapcsolatban még alacsonyabbak lehetnek. Továbbá tanulmányok azt is kimutatták, hogy a terapeuták könnyebben szakítják félbe a női páciensek kezelését, mint a férfiakét (Werner-Wilson–Price–Zimmerman–Murphy, 1997). Ezen terapeuták olyan intervenciókat is alkalmazhatnak, amelyek nem veszik figyelembe a páciens kulturális hátterét vagy képességeinek szintjét (APA, 2003; Brown és mtsai, 2003; Jackson–Greene, 2000; Olkin, 1999; Sparks, 2002).

Az is előfordulhat, hogy a segítők nem érzékelik a nők és a lányok életének specifikus külső stresszhatásait és kontextusait, ehelyett helytelenül és/vagy hátrányosan felnagyítják az endogén és intrapszichikus faktorokat. Ebbe az is beletartozik, hogy nem veszik számításba a társadalomban tapasztalható diszkriminációt és elnyomást (Boston Women's Health Book Collective, 2005; Bullock, 2004; Davis–Matthews–Twamley, 1999; Marecek–Hare-Must-

in, 1998; Porter, 2002). Az orvosok és pszichológusok azt is megfigyelték, hogy a nők fizikális betegségei pszichológiai komponenseket is tartalmaznak, amelyek nem jelentkeznek a férfiaknál (Laurence–Weinhouse, 2001; Webster, 2002). Ez a nemi különbség a pszichotróp gyógyszerek reklámozásában az ilyen gyógyszert fogyasztók között a nők magas arányában is megnyilvánul (Hansen–Osborne, 1995; Nikelly, 1995). A kontextuális faktorok figyelmen kívül hagyása hozzájárulhat ahhoz, hogy a nők és a lányok problémáit, mint például a bántalmazást vagy a viktimizáció más formáit, nem ismerik fel (Harway–Hansen, 2004; Porter, 2002). Ennek egy példája, amikor nem veszik észre a fizikai traumák okozta agyi sérüléseket annak ellenére, hogy a bántalmazás során keletkező arc-, fej- és nyaki sérülések jól láthatók. Ez a figyelmetlenség például az alkohollal való visszaélés kettős mércéjéhez vagy helytelen diagnózisához (Collins, 2002; Greenfield, 2002), a teljesítménnyel és a stresszel kapcsolatos diszkrimináció hatásaihoz is hozzájárulhat. Például kutatásokból kiderült, hogy a középiskolás lányok több akadállyal találkoznak az oktatás és a karrier terén, mint a fiúk, és hogy ezen akadályok (pl. diszkrimináció) különösen nagy valósínűséggel jelentkeznek, amennyiben a lányok egy etnikai kisebbségi csoport tagjai is (McWhirter, 1997). Előfordulhat, hogy a pszichológusok nem fordítanak kellő figyelmet a nők és a lányok különleges erejére és forrásaira sem, amelyek segítik őket a stresszes problémák kezelésében. Például az Egyesült Államokban számos színes bőrű nő és lány él kiterjedt családokban, amelyek nagyobb közösségeket alkotnak, és támogatást nyújtanak a növekedésükhöz és a fejlődésükhöz (Reid, 2002).

A szerzők és a kutatók szintén feltárták a pszichoterápia elméleteiben a finom, de problémás nemi előítéleteket. Ezek a következők: *a)* az individualizmus és az autonómia túlértékelése, a kapcsolati képességek alulértékelése; *b)* a racionalitás túlértékelése, a mentális egészség holisztikus szemlélete helyett *c)* nem megfelelő figyelem a lányok és nők életkörülményeire és külső hatásokra; *d)* a pozitív mentális egészség meghatározása a férfiakkal kapcsolatos sztereotípiákkal és élettapasztalatokkal leginkább összhangban álló magatartásformákra alapozva; és *e)* az anyaság kérdéses/problémás módon való ábrázolása (APA, 2007). A kezeléshez és gyakorlati szolgáltatásokhoz való hozzáféréssel kapcsolatos nehézségek aránytalanul nagyobb hatással vannak a nőkre. Tanulmányok azt is kimutatták, hogy a nők a férfiaknál több gyógyszert kapnak, főleg szorongásoldók és antidepresszánsok esetén (Hohmann, 1989; Marsh, 1995). Ez a statisztika különösen fontos, mivel a legtöbb szerhasználat-kezelési rendszert férfiakra alapozva alakították ki.

A nők a férfiaktól eltérő módon reagálhatnak a gyógyszerekre, és eltérő módon bonthatják le azokat (Ackerman, 1999). Emellett egyes színes bőrű

nőknek eltérő igényeik vannak, és az európai és amerikai társaiktól eltér a metabolizációjuk a gyógyszerek tekintetében (Comas-Dı'az–Jacobsen, 1995; Jacobsen–Comas-Dı'az, 1999; Ruiz, 2000). Más adatok arra utalnak, hogy a mentális-egészségügyi problémákkal küzdő színes bőrű nők és férfiak nagyobb valószínűséggel részesülnek pszichofarmakológiai kezelésben, mint pszichoterápiában (Homma-True–Greene–Lopez–Trimble, 1993).

7.3. TRAUMAINFORMÁLT, TRAUMAFÓKUSZÚ ELLÁTÁS

A traumainformált módszer feltételezi, hogy a függőségben szenvedők mind éltek át valamilyen traumát életük során, ezért a személy erősségeire és ezek fejlesztésére alapozza a kezelést. Fontos, hogy a kliensek is megtanulják, megértsék, hogy mi számít traumának, milyen hatásai vannak, melyek azok a tényezők, események az életükben, melyek előhívhatják a rossz emlékeket, illetve milyen megküzdési technikákat tudnak alkalmazni ilyen esetekben (Tompkins–Neale, 2016). A traumainformált kezelések hatékonyabbnak bizonyulnak, hiszen sokkal inkább igazodnak a betegek igényeihez, mint a hagyományos kezelések (Brown–Harris–Fallott, 2013). A kliensek tovább maradnak kezelésben, ami hosszabb távú gyógyulást eredményez, és csökkenti a visszaesés kockázatát (Tompkins–Neale, 2016). Fallot és Harris (2004) kidolgoztak egy protokollt, mely segít az egyes intézményeknek és a segítőknek meghatározni, hogy milyen mértékben érvényesül náluk a traumainformáltság, a kezelések során ennek megfelelően dolgoznak-e, illetve mit tudnak tenni annak érdekében, hogy ennek megfelelően az esetleges hiányosságokat pótolják. A szerzők öt fő tényezőt határoztak meg, melyek kulcsfontosságúak a traumainformált intézményi légkör és kezelés szempontjából: biztonság, megbízhatóság, együttműködés, választás és fejlődés. Tehát az intézménynek át kell gondolnia azt, hogy valóban megteremtik-e a biztonságos légkört mind fizikailag, mind érzelmileg, tájékoztatniuk kell a klienseket, hogy pontosan mire számíthatnak a kezelés során, és ezekben konzisztensnek kell lenniük. El kell ismerniük a kliens szabad választásának jogát, illetve folyamatosan erősíteni, fejleszteni kell a képességeiket. Amerikában az elmúlt két évtizedben kezdett terjedni a traumainformált kezelés, amely figyelembe veszi a nemi különbségeket is, és egy hosszú távú gyógyulást eredményez mind a függőségből, mind a traumából. Ehhez természetesen az is szükséges, hogy a szakemberek mélyreható, alapos képzéseket kapjanak a traumáról, illetve lehetőség legyen folyamatos szupervízióra. Angliában még inkább a függőség hagyományos kezelése a legelterjedtebb módszer, annak ellenére, hogy a trauma és a szer-

használat kapcsolata már hivatalosan is elismert. Ennek köszönhetően egyre nagyobb az érdeklődés a traumainformált kezelések iránt (Tompkins–Neale, 2016).

Több hasonló kezdeményezés született azzal kapcsolatban, ahol olyan eljárást fejlesztettek ki, amely figyelembe veszi a PTSD-tüneteket is a szenvedélybetegek gyógyításában. Erre példa az a mindfulness-alapú kognitív terápia (MBCT), amit Fortuna és Vallejo (2015) dolgozott ki kifejezetten traumával és szerhasználati tünetekkel egyaránt rendelkező felnőtteknek. Az MBCT egy 12 alkalmas folyamat, amely során a kliens különböző meditációs gyakorlatok, szerepjátékok és kognitív rekonstruálás segítségével, a terapeuta támogatásával indul el a gyógyulás felé.

Messina és munkatársai (2010) börtönben végeztek egy 6 és 12 hónapos, hatékony programot utánkövetéssel, melynek fontos eleme volt, hogy megtanították a nőknek, mi is pontosan az, hogy trauma, milyenek az erre adott tipikus reakciók, és milyen megküzdési módok léteznek a feldolgozásra. A traumainformált eljárás segíti a nőket a szükségleteik előhívásában és a kezelésben való megtartásban, továbbá csökkenti a traumaalapú visszaesés rizikóját (Tompkins, 2016). Traumainformált eljárások nagy hangsúlyt fektetnek a trauma megértésére, beleértve a következményeket és azokat a feltételeket is, amelyek a gyógyulást nagyban segítik a szolgáltatásnyújtás minden aspektusából (Fallot–Harris, 2008). Bármely emberek megsegítését célul kitűző program, függetlenül attól, hogy mire specializálódott, lehet traumainformált, úgy, hogy specifikus adminisztratív és szolgáltatásiszint-változtatásokat hajt végre a gyakorlatban, tevékenységekben és szabályozásokban annak érdekében, hogy képes legyen felelősséget vállalni a traumatizált emberek szükségleteiért és erősségeiért. A traumára vonatkozó edukáció és ennek hatásai igazoltak, így nem meglepő, hogy központi helyet foglalnak el jóformán minden változásra összpontosító törekvésben (uo.).

Azokban a programokban, melyekben alkalmazták ezt a folyamatot, a közreműködő csoportok mindegyike – pl. a segítő személyzet – pozitív válaszokat jelzett vissza a traumainformáció miatt bekövetkező változásokra vonatkozóan a gondozási rendszeren belül (uo.).

Elszigeteltségben sosem lehet sikeres gyógyulást elérni, ehhez minden esetben szükség van az emberi kapcsolatok kontextusára, a trauma túlélőjének megsegítése a felépülés legfontosabb alapelve, neki kell megfogalmaznia ez iránti igényét és ennek feltételeit (Herman, 2003).

7.4. ALAPELVEK A SZERHASZNÁLÓ NŐK KEZELÉSÉBEN

Covington (2002) összegyűjtötte azt a hat alapelvet, amelyek a legmegfelelőbb terápiás folyamatot és hatást biztosítják szerhasználó nők számára. Az alapelvek a női szerhasználat elméletein, modelljein és a klinikai tapasztalatokon alapulnak. Az első alapelve szerint csak női csoportokat érdemes kialakítani, mert ez másfajta dinamikát biztosít, mint egy koedukált csoport. A kutatások ígéretesek, ugyanakkor még nincs elég evidencia ahhoz, hogy megállapítsuk, hogy a csak női kezelések feltétlenül hatékonyabbak a genderreszponzív vegyes csoportoknál (Neale és mtsai, 2018). A szerhasználó nők számára tervezett csoportos intervenciók megfelelő kivitelezés mellett hatékony kezelési módnak ígérkezik. A női csoportok a biztonság és a támogatás forrásává válhatnak, miközben az énerőt és az autonómiaérzetet erősítik (Covington 2008; Grella, 2018; Herman, 2011; Marsh, 2018; Tompkins–Neale, 2016).

A felépülés különböző fázisaiban más-más igények jelenhetnek meg, de kezdetben mindenképpen a csak női csoportot támogatja a szakirodalom (Fedele–Harrinton, 1990), különösen traumatikus élmények és abúzustúlélők számára. A második alapelv szerint, amelyet a nemzetközi szervezetek (EMCDDA, WHO, APA) is hasonlóképpen ajánlanak a szerhasználó nőknek, egy együttműködő szakértői csoportra van szükség a hatékony felépüléshez, amely tekintettel van a probléma komplexitására és a szerhasználó nők mint heterogén csoport diverz szükségleteire.

Covington (2002: 62) tizenhét területet különít el: 1. a szenvedélybetegség biopszicho-szociális ártalmai; 2. alacsony önértékelés; 3. etnikai különbségek és kulturális sajátosságok; 4. nemi megkülönböztetés és zaklatás; 5. fogyatékossággal összefüggő ügyek; 6. családi kapcsolatok; 7. kötődési zavarok és bonyolult kapcsolati rendszerek; 8. erőszak és más abúzus tapasztalatai; 9. étkezési zavarok; 10. szexualitás, szexuális orientáció; 11. szülőség; 12. gyász; 13. munkával, munkavégzéssel kapcsolatos ügyek; 14. megjelenés, mentálhigiéné és testi egészség; 15. izoláció, a társas és támogató kapcsolatrendszer hiánya; 16. jövőbeli tervek; 17. gyámság és gyermeknevelés.

A hatékony kezelésnek alapelve továbbá a biztonságos, méltóságteli és tiszteletteljes környezet megteremtése. A környezetnek óriási hatása van a traumatúlélő kliensek kezelésében, amely a fizikai környezet elemein kívül a kölcsönösség, az egyenrangúság és a biztonságosság koncepcióját is magába foglalja. Ez azt jelenti, hogy megfelelő határok vannak a kliens és a terapeuta között, ugyanakkor nyitottság és kölcsönösség is jellemzi a terápiás kapcsolatot. A terapeuta modellezi azt az erőt, amivel és ahogyan magáért tehet a kliens.

Többféle terápiás módszer és technika (kognitív-viselkedési, affektív-dinamikus, rendszerszemléletű) alkalmazható és alkalmazandó a célnak és a kliens igényeinek megfelelően. Covington (2002) szerint mivel a kliensek önértékelése sokszor gyenge, fontos, hogy a szokásos, problémagyökerű terápiát elengedjük, helyette az erősségek hangsúlyozása a cél, valamint egyedi esetkezelésre van szükség.

12. táblázat. A szerhasználó nők hatékony kezelésének alapelvei (Covington, 2002: 61–67)

Női csoportok kialakítása: a csak nőkből álló csoportok másként működnek, mint a vegyesek.
A probléma sokféleségének felismerése és átfogó, integrált, együttműködő ellátórendszer kialakítása.
Biztonságos, méltóságteli és tiszteletteljes környezet megteremtése.
Többféle terápiás módszer alkalmazása.
Az erősségek hangsúlyozása.
Egyedi kezelési tervek készítése.

7.5. AJÁNLÁSOK A LEGÁLIS VAGY ILLEGÁLIS SZERHASZNÁLÓ VÁRANDÓS NŐK FELISMERÉSÉRE ÉS KEZELÉSÉRE5

7.5.1 Ellátórendszeri modellek

7.5.1.1. Centralizáló, integrált programok

A centralizáló programok lényege, hogy egy helyen megtalálható több olyan szolgáltatási rész, amely a szerhasználó várandósnak fontos lehet. A központok abban különböznek leginkább, hogy mire helyezik a hangsúlyt: a klinikákon inkább a multidiszciplináris orvosi kezelésre, a kisgyermekekkel (is) foglalkozó vagy bentlakásos intézményekben pedig a szülői képességek fejlesztésére.

[5] Ez az alfejezet megjelent: Kaló Zsuzsa: Terhesség, anyaság szerhasználat, Kapocs, 2014, 4. sz. 14–22. p. Kaló Zsuzsa – Rácz József (2011): Nemzetközi tapasztalatok és modellek a droghasználat és gyermekvállalás témakörében In: Kaló Zsuzsa – Oberth József (szerk.): *Gyermekvállalás és droghasználat*. Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány, Budapest, 98–110.

Az integrált programoknak (ahol egy helyen található a terhesgondozás, a szülői készségek fejlesztése, a gyermekkel kapcsolatos szolgáltatások és a szerhasználattal foglalkozó szolgáltatások) az elvi alapja az, hogy az „az ellátás, amely a nő összes szükségletét kielégíti, jobban segíti a felépülést, nagyobb fokú absztinenciát és fejlődést jelenthet, beleértve a szülői készségek és az érzelmi egészség javulását. Azok az ellátások, amelyek csupán az alkohol- vagy droghasználattal foglalkoznak, kudarcot vallhatnak, és nagyobb az esély a visszaesésre." (Milligan és mtsai, 2010: 2.)

Az egy helyen elérhető szolgáltatások javíthatják az ellátás sikerességét, mert

a) az integrált programok csökkentik az ellátásban maradás / ellátásba kerülés akadályait;
b) az integrált intervencióknak szinergikus hatása lehet (például a mentális betegségek ellátása javítja az anya hangulatát, amely összefüggésbe hozható a szerhasználattal);
c) a szülői készségek és a kisgyermekes foglakozások javíthatnak az anyai motiváción a szerhasználat csökkentése érdekében.

Az utóbbi húsz évben világszerte nőtt az integrált programok száma, ezért hatásosságukról már elegendő tapasztalati bizonyíték áll rendelkezésre. Milligan és munkatársai (2010) kvantitatív metaanalízist végeztek az integrált programok hatékonyságának vizsgálatára. Huszonegy szakcikk alapján az eredményeik azt mutatják, hogy

- az integrált programok résztvevői az ellátásban részt nem vevőkkel szemben szignifikánsan – vizeletmintával igazoltan – csökkentették a droghasználatot a terhesség alatt; és
- csökkentették az alkohol- és drogfogyasztásukat.

Az integrált és nem integrált programok közötti összehasonlításban ugyanezek az eredmények jelentkeztek, de nem szignifikáns szinten. A mérőadatok az absztinencia elérése és a használat gyakorisága voltak – ezek azonban nem tükrözik a szerhasználat komplexitását és a nőkben lezajló változásokat.

7.5.1.2. Nem centralizáló, „one-stop" klinika

A szerhasználó várandós nők ellátásában ritkábban találkozunk nem centralizáló, úgynevezett one-stop klinikákkal: itt csak egyszer találkoznak a klienssel, de megpróbálják a lehető legtöbb információval ellátni, és kifejezetten a szerhasználathoz értő védőnő, szülész, addiktológiai szakorvos végzi a tanácsadást.

Az elméleti megfontolás a one-stop klinika mögött az, hogy a stigmatizáció kockázata és a bizalomhiány miatt a nők szívesebben vesznek részt ezekben a szolgáltatásokban (Wright–Walker, 2007: 117), bár Klee és munkatársai (2003) szerint ez főleg az alkoholfogyasztó és magas társadalmi státuszú nőket érinti inkább, akiknek komoly problémát jelent a saját közegükben felvállalni szenvedélybetegségüket.

Leginkább Nagy-Britanniában találtunk erre példákat:

- a leedsi klinikán arra törekednek, hogy ne legyen elkülönített klinika fenntartva a drog- vagy alkoholhasználó kismamáknak, ezért ott a one-stop klinika módszert részesítik előnyben;
- a One-Stop Maternity Drug Dependency Service Bradforban[6] az ártalomcsökkentést és a tanácsadást tekinti fő feladatának, segíti továbbá az ambuláns detoxifikálást. A szolgáltatás a magzat/újszülött egészségét tartja legfontosabbnak, az anya motivációjától függetlenül.

7.5.2. További dilemmák

A nemzetközi példák többsége hangsúlyozza, hogy az *alacsony- és magasküszöbű* szolgáltatásoknak egyszerre érdemes jelen lenniük egy országban ahhoz, hogy a különböző igényű várandós szerhasználó nők mindegyike megtalálja a neki megfelelő ellátást.

Az alacsonyküszöbű vagy ártalomcsökkentő programokra egy olyan „belépő" intézményként tekintenek a drogpolitikák, amelyek a különböző szolgáltatásokon keresztül (tűcserétől a szexedukációig) elérik a rejtett populációkat, akik kölcsönösen lehetőséget kapnak „egymás megismerésére" (EMCDDA, 1999). A kifejezetten női ártalomcsökkentő programok (Magyarországon a Kálvária téri Csere Csak Csajoknak, Írországban a dublini SAOL projekt) előnye, hogy érzékeny a nemi sajátosságokra, és ezáltal a női identitás erősítője lehet a függőség általános közegében, ahol a szerhasználó nőknek sokszor van szüksége az önértékelés, tisztelet és bizalom gyakorlására.

A problémás női droghasználók, valamint társult problémáik megértése és felismerése az első lépés egy olyan rendszer kialakítására, amelyben a páciensek is fejlődhetnek (Ettore, 2004: 332).

Komoly dilemma a szakirodalomban, hogy a csak *női csoportok vagy a vegyes csoportok* az igazán hatékonyak a kezelésben. Greenfield és munkatársai (2007) szemle-cikkükben összehasonlítják a felépülési eredményeket női és

[6] http://www.substancemisuse.bradford.nhs.uk/Lists/Projects/DispForm.aspx?ID=171.

vegyes csoportban. Az eredményeik szerint a terápia végén a felépülési arányok közel azonosak voltak a két csoportban, de az utánkövetéses vizsgálatok szerint 6 hónappal később a vegyes csoportok résztvevői nagyobb arányban estek vissza, mint a csak női csoport tagjai. A szerzők úgy gondolják, hogy ez a megküzdő mechanizmusok sikeresebb megtanulásának az eredménye lehet.

A leggyakrabban hangoztatott érv a női csoportok mellett az, hogy a nők alapvetően különböznek a szerhasználat motivációiban, kockázataiban és következményeiben (Greenfield és mtsai, 2007: 44–45). A nők a női csoportban könnyebben beszélnek a szerhasználat okairól, a visszaesés indítékairól.

Az ENSZ összefoglalója (UNODC, 2004), valamint Ashley és munkatársainak (2003) metaanalízist tartalmazó tanulmánya is a csak női ellátás mellett érvelnek az eredmények alapján.

Egy ausztrál tanulmány szerint azonban inkább a nők karakterén múlik, hogy mely ellátási forma felel meg és lesz sikeres az esetükben: a kisgyermekes nők, leszbikusok, a terhesség alatt szerhasználati problémákkal küzdők és azok körében, akik szexuális visszaélés áldozatai voltak, a csak női programok sikeresebbek (UNODC, 2004: 76).

A szerhasználat és anyaság témaköre komplex és érzékeny terület, amelyet multidiszciplináris keretben érdemes és kell kezelni. A gyakorlatban látható, hogy a célcsoport szociális (szociodemográfiai) jellemzői miatt már eleve kockázati csoport, és a szerhasználat gyakran a kockázat jele, nem pedig a kockázat okozója, de azt fokozhatja. Az anyaság a nők életében fontos időszak, a szerhasználó nők életében pedig akár fordulópont is lehet. Ahhoz, hogy valóban azzá is váljon, többfajta megközelítéssel kell a szociális és az egészségügyi ellátórendszernek élnie (szűrés, pszichoszociális intervenciók, farmakológiai kezelések stb.), amelyhez az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2014-ben adta ki ajánlását (lásd Melléklet). Az injekciós szerhasználó nőknek komplex – általános és speciális – egészségügyi szolgáltatásokra van szüksége.

Az eredmények alapján az általános elvek a következők: az ellátórendszerben fontos a nem elítélő, támogató attitűd, az anya problémáinak egészleges kezelése és az ópiáthelyettesítő terápiák létrehozása. A megelőzés érdekében érdemes a tájékoztatásba (mint prevenciós eszközbe) fektetni, a tájékoztatási anyagokat szakemberek bevonásával kidolgozni (tartalmi és formai szempontból is): csak akkor lehet hiteles, megbízható információkat nyújtani, ha a tartalmat megfelelő szakemberek hozzák létre (politikai vagy vallási megfontolások nélkül), és csak akkor jut el megfelelő hatékonysággal az információ, ha a kivitelezés megfelel a felhasználó elvárásainak, befogadó készségének, és pl. megfelelő „ellenpólusa” az alkoholgyártók reklámprojektjeinek.

Az ellátórendszer szintjén szükséges fenntartani a már létező alacsony és magas küszöbű programokat, ez a két ellátási forma a legsikeresebben együtt működik, különös tekintettel a csak női programokra. A centralizált modellek bizonyított hatékonysága alapján érdemes megfontolni egy multidiszciplináris központ kialakítását, lehetőleg a szerhasználók által már ismert egészségügyi ellátó helyszínén, továbbá fontos lenne a női programok fejlesztése, a korai jelzőrendszer alapjainak letétele (pl. háziorvosok szintjén), amely program sikeressége a szerhasználók destigmatizációjával kezdődik (Kaló–Rácz, 2011).

13. táblázat. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlásai a legális vagy illegális szerhasználó várandós nők felismerésére és kezelésére (Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, 2014: xii–xiii.)

	Ajánlás	Az ajánlás erőssége	Bizonyítékok minősége
Szűrés és rövid intervenció a terhesség alatti kockázatos és ártalmas szerhasználat esetén			
1.	Az egészségügyi ellátórendszer képviselői kérdezzék meg a terhes nőt az alkohol és egyéb szerhasználati (múlt- és jelenbeli) szokásairól a terhesség minél korábbi szakaszában és minden találkozás alkalmával.	erős	alacsony
2.	Az egészségügyi ellátórendszer képviselői ajánljanak fel rövid intervenciós lehetőségeket minden alkoholt vagy egyéb szereket használó terhes nőnek.	erős	alacsony
Pszichoszociális intervenciók a szerhasználati zavarok kezelésére terhesség alatt			
3.	Az egészségügyi ellátórendszer képviselői terhesség vagy a posztpartum ideje alatt a szerhasználati zavarral rendelkező nőnek fel kellene hogy ajánljanak egyéni ellátási lehetőségeket és komplex kezelést.	feltételes	nagyon alacsony
Detoxifikálás és a szerhasználat felfüggesztése terhesség alatt			
4.	Az egészségügyi ellátórendszer képviselői a lehető legkorábban javasolják az alkoholfüggő vagy más szereket használó terhes nőnek, hogy függessze fel a szerhasználatát, és ajánljon fel orvosi ellenőrzés melletti detoxifikációs szolgáltatásokat, ahol lehetséges, és a magzat veszélyeztetése nélkül alkalmazható.	erős	nagyon alacsony
5.	Az opioidfüggő terhes nőknek az opioidfenntartó kezelést javasolják, mintsem a detoxifikációt.	erős	nagyon alacsony
6.	A benzodiazepin-függő terhes nők számára fokozatos dóziscsökkentés javasolt hosszú hatású benzodiazepinekkel.	erős	nagyon alacsony
7.	Az alkoholmegvonás utáni elvonási tünetekkel rendelkező terhes nők kezelésére a hosszú hatású benzodiazepinek rövid távú alkalmazása ajánlott.	erős	nagyon alacsony
8.	A stimulánsok megvonása utáni elvonási tünetekkel rendelkező terhes nők kezelésére pszichofarmakológiai gyógyszerezés (nem rutinszerű alkalmazása) javasolt a pszichiátriai rendellenességek kezelésére.	erős	nagyon alacsony
Farmakológiai kezelés (fenntartás és relapszusprevenció) terhesség alatt			
9.	Nem javasolt a rutinszerű farmakoterápia az amfetamintípusú stimulánsok, a kannabisz, a kokain használata esetén.	feltételes	nagyon alacsony
10.	Mivel a biztonságos és hatásos gyógyszerezési kezelési terv még nem bizonyított terhesség alatti alkoholfüggés esetén, minden nő kezelésénél külön kockázatelemzést szükséges végezni.	feltételes	nagyon alacsony
11.	Az opioidfüggő terhes nőknek az opioidfenntartó kezelés (metadon vagy buprenorfin) folytatása javasolt.	erős	nagyon alacsony

Szoptatás anyai alkohol- vagy szerfüggőség alatt			
12.	A) A szerhasználati zavarokkal élő anyákat biztatni kell a szoptatásra, hacsak a kockázatok egyértelműen nem nagyobbak, mint az előnyök. B) Az alkohol- vagy szerhasználó szoptató nőknek a szerek abbahagyását szükséges javasolni, és támogatni kell őket; habár a szoptatás és a szerhasználat nem mindig zárja ki egymást.	feltételes	alacsony
13.	A bőrkontaktus fontos a táplálási választástól függetlenül, és szükséges aktívan javasolni a szerhasználó anyának, aki képes az újszülött igényeire reagálni.	erős	alacsony
14.	Azon anyákat, akik stabilak az opioidfenntartó kezelésben (metadon vagy buprenorfin), szükséges biztatni a szoptatásra, hacsak a kockázatok egyértelműen nem nagyobbak, mint az előnyök.	erős	alacsony
Az alkohol- és szerhasználatnak kitett újszülöttek kezelése			
15,	A szülészeti ellátást végző egészségügyi ellátórendszernek szükséges, hogy legyen protokollja az opioidnak kitett újszülöttek azonosítására, vizsgálatára, intervenciójára, nem farmakológiai és farmakológiai módszerekkel való kezelésére.	erős	nagyon alacsony
16.	Az opioidot elsődleges kezelésként kell használni a neonatális elvonási tünetek kezelésére, ha szükséges.	erős	nagyon alacsony
17.	Ha egy újszülöttnek neonatális elvonási tünetei vannak szedatívumok, alkohol vagy egyéb ismeretlen szerek miatt, akkor a fenobarbitál a leginkább javasolt kezelési opció.	feltételes	nagyon alacsony
18.	Minden újszülöttet, aki alkoholhasználati zavarokkal rendelkező anyától született, szükséges megvizsgálni a magzati alkoholszindróma tüneteire.	feltételes	nagyon alacsony

8. FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

26/2014 (IV. 8.) *EMMI rendelet a várandósgondozásról.* https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1400026.emm.

Abasi, I. – Mohammadkhani, P. (2016). Family Risk Factors Among Women with Addiction-Related Problems: An Integrative Review. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction,* 5 (2), e27071. doi: 10.5812/ijhrba.27071

Abraham, M. – Nussbaum, M.D. (2013). *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve.* Budapest, Oriold és Társai Kiadó.

Ádám Zs. (2009). Addikciók terhességben: az esetleges teratogen hatás megítélése. In Rigó J. – Oberth J. – Sógorka I. (szerk.): *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. 20–27.

Ágotha, S. (2017). *Női alkoholizmus.* Miskolc, Miskolci Egyetem, Szociológiai Intézet.

Ahlström, S – Bloomfield, K. – Knibbe R. (2001). Gender differences in drinking patterns in nine European countries: Descriptive findings. *Substance Abuse,* 22: 1, 69–85. doi: 10.1080/08897070109511446.

AKUT Alapítvány (2018). *Traumafókuszú tanácsadás szenvedélybeteg nőknek. Rövid csoportos intervenció hatásvizsgálata.* KAB-KT-18 pályázati anyag.

Allen, S. S. – Brintnell, D. M. – Hatsukami, D. – Reich, B. (2004). Energy intake and physical activity during short-term smoking cessation in postmenopausal women. *Addictive Behaviors,* 29, 5: 947–951.

Alonso, J. – Ferrer, M. – Romera, B. et al. (2002). The European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res.* 11 (2): 55–67.

Amaro, H. – Blake, S. M. – Schwartz, P. M. – Flinchbaugh, L. J. (2001). Developing theory-based substance abuse prevention programs for young adolescent girls. *The Journal of Early Adolescence,* 21 (3), 256–293.

Anda, R. F. – Whitfield, C. L. – Felitti, V. J. – Chapman, D. – Edwards, V. J. – Dube, S. R. – Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric services,* 53 (8), 1001–1009.

Anderson, T. – Ettore, E. – Mullins, C. – Sommers, I – Baskin, D. – Katsulis, Y. – Tracy, C. (eds.) (2008). *Neither Villain nor Victim: Empowerment and Agency among*

Women Substance Abusers (Critical Issues in Crime and Society). Piscataway, NJ: Rutgers University Press.

Anonim Alkoholisták (2013). *Az alkoholizmusból felépült sok ezer férfi és nő története*. New York City, Alcoholics Anonymous World Services, Inc.

APA: American Psychological Association (2007). Guidelines for Psychological Practice With Girls And Women. *American Psychologist*, 62, 9, 949–979. doi: 10.1037/0003-066X.62.9.949.

APA: American Psychological Association, Girls and Women Guidelines Group. (2018). *APA guidelines for psychological practice with girls and women*. Retrieved from http://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-girls-women.pdf.

Arévalo, S. – Prado, G. – Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and program planning*, 31 (1), 113–123.

Arnold, P. (2014a). Dohányzási szokások. In: Németh Á. – Költő A. (szerk.): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014*. 47–57.

Arnold, P. (2014b). Alkoholfogyasztási szokások. In: Németh Á. – Költő A. (szerk.): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014*. 58–72.

Arnold, P. (2014c). Drogfogyasztási szokások. In: Németh Á. – Költő A. (szerk.): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014*. 73–86.

Atkinson, A. – Elliot, G. – Bellis, M. – Sumnall, H. (2011). *Young people, alcohol and media*. York, Joseph Rowntree Foundation

Back, D. J. – Orme, M. L. (1990). Pharmacokinetic Drug Interactions with Oral Contraceptives. Clin Pharmacokinet 18, 472–484.

Back, S. E. – Waldrop, A. E. – Saladin, M. E. et al. (2008). Effects of gender and cigarette smoking on reactivity to psychological and pharmacological stress provocation. *Psychoneuroendocrinology*, 33 (5): 560–568. [PubMed: 18321653]

Bajzáth S. – Kovács K. (2009). A Narcotics Anonymus – Névtelen Drogfüggők közössége mint a józanság elérésnek és megtartásának egyik lehetséges útja. In Rigó J. – Oberth J. – Sógorka I. (szerk.): *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása*. Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. 167–195.

Baldacchino, A. – Arbuckle, K. – Petrie, D. J. – McCowan, C. (2015). Neurobehavioral consequences of chronic intrauterine opioid exposure in infants and preschool children: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 15. Doi:10.1186/s12888-015-0438-5.

Banwell, C. – Bammer, G. (2006). Maternal habits: Narratives of mothering, social position and drug use. *International Journal of Drug Policy*, 17, 504–513.

Barna E. (2011). Női Napok Program. In Kaló Zsuzsa – Oberth József (2011). *Gyermekvállalás és droghasználat*. Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub. 220–226

Barratt, M. J. (2011). *Beyond internet as tool: A mixed-methods study of online drug discussion. Doctoral thesis.* National Drug Research Institute, Faculty of Health Sciences, Curtin University, Melbourne, Australia.

Bateson, G. (1971). The Cybernetics of „Self": A Theory of Alcoholism. *Psychiatry,* 34:1, 1–18, doi: 10.1080/00332747.1971.11023653

Becker, J. B. – McClellan, M. L. – Reed, B. G. (2017), Sex differences, gender and addiction. Journal of Neuroscience Research, 95: 136–147. doi: 10.1002/jnr.23963.

Beke A. – Harmath Á. – Rigó J. – Molnár G. – Nobilis, A. (1997). Drogfogyasztó anya újszülöttjének ellátása. *Gyermekgyógyászat,* 48, 640–649.

Benoit T. – Dambélé, S. (2015). *Violence experienced or perpetrated, and psycho-active substance use among women in Europe and in the Mediterranean region.* Pompidou Group, Paris. https://rm.coe.int/violence-experienced-or-perpetrated-and-psycho-active-substance-use-am/168075c038 (letöltés: 2016. június 2.).

Benowitz, N. L. – Lessov-Schlaggar, C. N. – Swan, G. E. – Ill, P. J. (2006). Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clinical Pharmacology & Therapeutics,* 79, 480–488.

Boekel L. C., van – Brouwers, E. P. M. – Weeghel, J., van – Garretsen, H. F. L. (2013): Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its con- sequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence, 131* (1–2), 23–35.

Bonati, M. – Bortolus, R. – Marchetti, F. – Romero, M. – Tognoni, G. (1990). Drug use in pregnancy: an overview of epidemiological (drug utilization) studies. *European Journal of Clinical Pharmacology,* 38, 325–328.

Braun, V. – Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology,* 3 (2), 77–101.

Braun, V. – Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners.* Sage.

Braun, V. – Clarke, V. – Hayfield, N. – Terry, G. (2019). Thematic analysis. *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences,* 843–860.

Brennan, P. L. – Moos, R.H. – Kim, J. Y. (1993). Gender differences in the individual characteristics and life contexts of latemiddle-aged and older problem drinkers. *Addiction, 88,* 781–90.

Bright, S. J. – Marsh, A. – Smith, L. M. – Bishop, B. (2008). What can we say about substance use? Dominant discourses and narratives emergent from Australian media. *Addiction Research and Theory,* 16, 135–148. doi: 10.1080/16066350701794972.

Brody, G. H. – Beach, S. R. – Philibert, R. A. – Chen, Y. F. – Lei, M. K. – Murry, V. M. – Brown, A. C. (2009). Parenting moderates a genetic vulnerability factor in longitudinal increases in youths' substance use. *Journal of consulting and clinical psychology,* 77 (1), 1.

Bromley, D. B. (1986). *The Case Study Method in Psychology and Related Disciplines.* Chichester, John Wiley.

Brook, Heather (2010). Choosing using. Drug policy, consumer culture and 'junkie' manquées. *Cultural Studies,* 24, 95–109. doi: 10.1080/09502380903024123.

Broom, D. – Stevens, A. (1991). Doubly deviant: Women using alcohol and other drugs. *International Journal of Drug Policy,* 2 (4), 25–27.

Brown, S. (2002) Women and Addiction: Expanding Theoretical Points of View. In Straussner, L. – Brown, S. (eds.): *The Handbook of Addiction Treatment for Women: Theory and Practice.* San Francisco, Jossey-Bass. 26–51.

Brownstein-Evans, C. (2001). Negotiating the meaning of motherhood women in addiction and recovery. *Journal of the Association for Research on Mothering,* 3 (1), 161–171.

Buxton, J. (2008). The Historical Foundations of The Narcotic Drug Control Regime. *Policy Research Working Papers.* https://doi.org/10.1596/1813-9450–4553.

Caetano, R. – Nelson, S. – Cunradi, C. (2001). Intimate partner violence: dependence symptoms and social consequences from drinking among White, Black and Hispanic couples in the United States. *Am J Addict,* 10: 60–69.

Califano, J. A. – Bollinger, L. – Bush, C. – Chenault, K. – Curtis, J. T. – Dimon, J. – Schulhof, M. (2003). *The Formative Years: Pathways to Substance Abuse among Girls and Young Women Ages 8–22.* New York, NY: Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University [CASA].

Campbell, N. – Ettore, E. (2011). *Gendering Addiction: The Politics of Drug Treatment in a Neurochemical World.* New York: Palgrave Macmillan.

Canterbury, R. J. (2002). Alcohol and Other Substance Abuse. In Kornstein, S.G-Clayton, A.H. (eds.): *Women's Mental Health. A Comprehensive Texbook.* The Guilford Press, New York – London. 222–244.

Carr, E. R. – Szymanski, D. M. (2011). Sexual objectification and substance abuse in young adult women. *The Counseling Psychologist,* 39 (1), 39–66.

Caulkins, J. P. – Reuter P. (1997). Setting goals for drug policy: Harm reduction or use reduction? *Addiction,* 92, 1143–1150. doi: 10.1111/j.1360–0443.1997.tb03673.x.

Center for Substance Abuse Treatment (2009). Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 51.* Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), US.

Chavkin, W. (1990). Drug addiction and pregnancy: policy crossroads. *American Journal of Public Health,* 80 (4), 483–487.

Coles, C. D. (1993). Saying „goodbye" to the „crack baby." *Neurotoxicology and Teratology,* 15, 5, 290–292. http://dx.doi.org/10.1016/0892-0362 (93)90024-I.

Cormier, R. A. – Dell, C. A. – Poole, N. (2004). Women and Substance Abuse Problems. *BMC Women's Health*, 4: 8.

Copeland, A. L. – Martin, P. D. – Geiselman, P. J. – Rash, C. J. – Kendzor, D. E. (2006). Smoking cessation for weight-concerned women: Group vs. individually tailored, dietary, and weight-control follow-up sessions, Addictive Behaviors, 31, 1, 115–127.

Coomber, R. – South, N. (2004). *Drug Use in Cultural Contexts 'Beyond the West': Tradition, Change and Post-colonialism*. London, UK: Free Association Books.

Covington, S. S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40 (sup 5), 377–385.

Covington, S. S. – Burke, C. – Keaton, S. – Norcott, C. (2008). Evaluation of a trauma-informed and gender-responsive intervention for women in drug treatment. *Journal of psychoactive drugs*, 40 (sup 5), 387–398.

Cox, W. (1985). Personality correlates of substance abuse. In M. Galizio – Maisto, S. A. (eds.). *Determinants of substance abuse: Biological, psychological, and environmental factors*. NY, Plenum Press.

Crome, I. (2010). Substance Problems: Bridging the Gap between Infant and Adult. In Tyano, S. – Keren, M. – Herrman, H. – Cox, J. – Crome, I. (eds.): *Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry*. New Jersey: World Psychiatric Assication. Wiley-Blackwell. 251–266.

Crossley, M. L. (2002). Introduction to the Symposium 'Health Resistance': The limits of contemporary health promotion. *Health Education Journal*, 61, 101–112. doi: 10.1177/001789690206100202.

Csabai M. – Erős F. (2002) (szerk.). *Test-beszédek*. Budapest, Új Mandátum Kiadó.

Csoboth, Csilla T. – Birkás, Emma – Purebl, György (2003) Physical and Sexual Abuse: Risk Factors for Substance Use Among Young Hungarian Women, Behavioral Medicine, 28:4, 165–171. doi: 10.1080/08964280309596055.

Csoboth Cs. (2006). A magyar nők életminősége. In *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Szerk. Kopp M. – Kovács M. E. Budapest, Semmelweis Kiadó. 106–115.

Csorba J. (2009). Helyettesítő gyógyszeres terápiák és alkalmazásuk droghasználó várandós nők ellátásában. In Rigó J. – Oberth J. – Sógorka I. (szerk.): *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása*. Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. 127–133.

Csorba J. – Pataki Z. – Péterfi A. (2011). Budapesti problémás szerhasználó nők kvantitatív vizsgálata (2009). In Kaló Zsuzsa – Oberth József: *Gyermekvállalás és droghasználat*. Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub. 74–82.

Csorba J. – Pataki Z. – Péterfi, A. (2010). Terhesség és droghasználat – budapesti problémás szerhasználó nők kvantitatív vizsgálata. (Előadás). *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása konferencia.* Budapest, 2010. március 26.

Csorba J. – Pataki Z. – Péterfi A. (2011): Terhesség és droghasználat – budapesti problémás szerhasználó nők kvantitatív vizsgálata (2009). In Kaló Zs. – Oberth J. (szerk.): *Gyermekvállalás és droghasználat.* Budapest, MEJOK Alapítvány – Józan Babák Klub. 74–82.

Daire, A. P. – Jacobson, L. – Carlson, R. G. (2012). Emotional stocks and bonds: a metaphorical model for conceptualizing and treating codependency and other forms of emotional overinvesting. *American Journal of Psychotherapy,* 66 (3), 259–278.

Dass-Brailsford, P. – Myrick, A. C. (2010). Psychological trauma and substance abuse: The need for an integrated approach. *Trauma, Violence–Abuse,* 11 (4), 202–213.

Decorte, T. (2001). Drug users' perceptions of 'controlled' and 'uncontrolled' use. *International Journal of Drug Policy, 12,* 297–320. doi: 10.1016/S0955-3959 (01)00095-0

Demetrovics Zs. (2004). Nemi különbségek a rekreációs droghasználatban. *Addiktológia: Addictologia Hungarica,* 3: (4), 533–543.

Demetrovics Zs. (szerk.) (2007). *Az addiktológia alapjai I.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó.

Demetrovics Zs. (2009). A drogfüggőség pszichodinamikus megközelítése. In uő (szerk.): *Az addiktológia alapjai I.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 313–324.

Demetrovics Zs. – Kun B. (2009). Viselkedési addikciók. In Demetrovics, Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 133–229.

Demetrovics, Zs. – Paksi, B. – Kun, B. – Rózsa, S. – Arnold, P. (2010). *Survey on the attitudes of general practitioners regarding treatment of drug using patients.* Dubrovnik, ESSD Conference, 2010 30 Sep – 02 Oct.

Denning, P. (2010). Harm reduction therapy with families and friends of people with drug problems. *Journal of Clinical Psychology,* 66 (2), 164–174.

Duff, C. (2003). Drugs and youth cultures: Is Australia experiencing the 'normalization' of adolescent drug use? *Journal of Youth Studies,* 6, 433–446. doi: 10.1080/1367626032000162131

Duff, C. (2004). Drug use as a 'practice of the self': Is there any place for an 'ethics of moderation' in contemporary drug policy? *International Journal of Drug Policy, 15, 385*–393. doi: 10.1016/j.drugpo.2004.06.010

DSM-IV: A DSM-IV diagnosztikai kritériumai (1995). Budapest, Animula.

Eagly, A. H. – Eaton, A. – Rose, S. M. – Riger, S. – McHugh, M. C. (2012). Feminism and psychology: Analysis of a half-century of research on women and gender. *American Psychologist, 67* (3), 211–230.

Eaves, C. S. (2004). Heroin Use Among Female Adolescents: The Role of Partner Influence in Path of Initiation and Route of Administration. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 30:1, 21–38. doi: 10.1081/ADA-120029864.

El-Bassel N. – Gilbert L. – Shilling R. –Wada T. (2000). Drug abuse and partner violence among women in methadone treatment. *J Fam Violence,* 15: 209–28.

Elekes Zs. – Paksi B. (2005). A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülő fiatalok alkohol és egyéb drogfogyasztása. *Kapocs,* 4 (20) 2–22.

Elekes Zs. (2004). Középiskolás fiúk és lányok dohányzási és alkoholfogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások 1992–2002 között. *Addiktológia: Addictologia Hungarica,* 3, (4): 515–533.

Elekes Zs. (2009). *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon. ESPAD 2007.* Budapest, L'Harmattan Kiadó.

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2000). *Problems facing women drug users and their children.* Lisbon, EMCDDA. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/105/sel00_3en_69434.pdf. (letöltve: 2018.10.18.).

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2004). Annual report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway. http://ar2004.emcdda.europa.eu/en/page096-en.html.

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005). *Differences in patterns of drug use between women and men.* EMCDDA, Lisbon. http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34278EN.html (letöltve: 2018.05.06.).

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems.* EMCDDA, Lisbon. http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34880EN.html.

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009a). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents A review of the theory and evidence base of indicated prevention.* EMCDDA, Lisbon.

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009b). *Women's voices (Thematic paper).* EMCDDA, Lisbon.http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/womens-voices_en (letöltve: 2018.05.06.).

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). *CHILDREN'S VOICES Experiences and perceptions of European children on drug and alcohol issues.* EMCDDA, Lisbon.http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/childrens-voices_en (letöltve: 2018.05.06.).

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide* http://www.emcdda.europa.eu/countries_en (letöltve: 2018.05.06.).

Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology,* 214 (1), 17–31.

Erikson, E. (2002). *Az emberi fejlődés nyolc szakasza*. Budapest, Osiris Kiadó.

ESPAD Group (2016), *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs,* Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Ettore, E. (2018) commentaries on Neale, J. – Tompkins, C. N. – Marshall, A. D. – Treloar, C. – Strang, J. (2018). Do women with complex alcohol and other drug use histories want women-only residential treatment? *Addiction*, 113 (6), 989–997.

Ettorre, E. (1992). *Women and substance use*. Houndsmill: Macmillan.

Ettorre, E. (2004): Revisioning women and drug use: Gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy, 15,* 327–335.

Ettorre, E. – Miles, S. (2001). Young people, drug use and the consumption of health. In Henderson, S. – Petersen, A. (eds.): *Consuming Health: The commodification of health care.* Routledge, 173–187.

Ettorre, E. – Riska, E. (2001). Long-term users of psychotropic drugs: Embodying masculinized stress and feminized nerves. *Substance Use and Misuse,* 36 (9), 187–211.

Fallot, R. D. – Harris, M. (2001). A trauma-informed approach to screening and assessment. *New Directions for Student Leadership,* 89, 23–31.

Fallot, R. D. – Harris, M. (2002). The Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM): Conceptual and practical issues in a group intervention for women. *Community mental health journal*, 38 (6), 475–485.

Fallot, R. D. – McHugo, G. J. – Harris, M. – Xie, H. (2011). The trauma recovery and empowerment model: A quasi-experimental effectiveness study. *Journal of Dual Diagnosis*, 7 (1–2), 74–89.

Fassinger, R.E. (2005). Paradigms, praxis, problems, and promise: Grounded theory in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology,* 52, 156–166.

Fazel, S. – Bains, P. – Doll, H. (2006). 'Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review'. *Addiction,* 101, 181–191.

Finkelstein, N. B. – VandeMark, N. – Fallot, R. – Brown, V. – Cadiz, S. – Heckman, J. (2004). *Enhancing substance abuse recovery through integrated trauma treatment.* National Trauma Consortium for the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). https://www.researchgate.net/profile/Vivian_Brown2/publication/264839544_Enhancing_Substance_Abuse_Recovery_Through_Integrated_Trauma_Treatment/links/53f607e20cf2888a749243db.pdf

Finkelstein, N. B. (2011). *Substance abuse treatment: addressing the specific needs of women*. Diane Publishing, 2011.

Fischer, G. – Ortner, R. – Rohrmeister, K. – Jagsch, R. – Baewert, A. – Langer, M. and Aschauer, H. (2006), Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. *Addiction,* 101 (2), 275–81.

Fonagy, P. – Target, M. (1998). A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, 9 (1), 5–44.

Ford, J. D. – Russo, E. (2006). Trauma-focused, present-centered, emotional self-regulation approach to integrated treatment for posttraumatic stress and addiction: Trauma adaptive recovery group education and therapy (TARGET). *American journal of psychotherapy*, 60 (4), 335–355.

Fowler, D. N. – Faulkner, M. (2011). Interventions targeting substance abuse among women survivors of intimate partner abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41 (4) 386–398.

Fox, H. C. – Hong, K. A. – Paliwal, P. – Morgan, P. T. – Sinha, R. (2008). Altered levels of sex and stress steroid hormones assessed daily over a 28-day cycle in early abstinent cocaine-dependent females. *Psychopharmacology*, 195 (4), 527–536.

Fox, H.C. – Sinha, R (2009). Sex Differences in Drug-Related Stress-System Changes: Implications for Treatment in Substance-Abusing Women, *Harvard Review of Psychiatry*, 17:2, 103–119.

Fraser, S. (2004). 'It's your life!': Injecting drug users, individual responsibility and hepatitis C prevention. *Health*, 8, 199–221. doi: 10.1177/1363459304041070

Gaines, L. – Connors, G. (1982). *Drinking and personality: Present knowledge and future trends. In Alcohol Concepts and Related Problems.* Wash. – DC: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). 331–346.

George, C. – Kaplan, N. – Main, M. (1996). *Adult attachment interview.* Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley.

Gerevich J. (2008). Addiktív betegek pszichoterápiája In Szőnyi G. – Füredi J.: *A pszichoterápia tankönyve.* Budapest, Medicina, Budapest.

Gifford, E. – Humphreys, K. (2007). The psychological science of addiction. *Addiction*, 102. 352–361.

Gilbert L, El-Bassel N, Rajah V, Foleno A, Frye E. (2001). Linking drug-related activities with experiences of partner violence: a focus group study of women in methadone treatment. *Violence Vict*, 16. 517–536.

Gillespie, R. (2000) The Post-Modernisation of Motherhood, In Sherr, L. – St Lawrence, J. S. (eds.): *Women, Health and the Mind.* Chichester, John Wiley and Sons. 213–228.

Gomberg, E. L. (1986). Women: Alcohol and other drugs. *Drugs & Society*, 1 (1), 75–109.

Gomberg, E. L. (1993). Women and alcohol: Use and abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (4), 211–219.

Gomberg, E. L. (1994). Risk factors for drinking over a woman's life span. *Alcohol Health Res World*, 18, 220–227.

Görbe É. (2009). A droghasználat lehetséges következményei az újszülött első életnapjaiban – az újszülöttkori elvonási szindróma kezelési lehetőségei. In Rigó J. –

Oberth J. – Sógorka I. (szerk.): *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. 27–46.

Gossop, M. (2000). *Living with drugs.* (5. ed.) Sydney, Australia: Ashgate Publishing.

Graham, K. – Braun, K. (1999). Concordance of use of alcohol and other substances among older adult couples. *Addict Behav.,* 24, 839–56.

Greaves, L. – Poole, N. (2004). Victimized or validated? Responses to substance-using pregnant women. *Canadian woman studies,* 24 (1), 87–92.

Greenfield, S. F. – Back, S. E. – Lawson, K. – Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics,* 33 (2), 339–355.

Grella, C. E. (2008). From generic to gender-responsive treatment: Changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs,* 40 (sup5), 327–343.

Grella, C. E. – Scott, C. K. – Foss, M. A. – Dennis, M. L. (2008). Gender similarities and differences in the treatment, relapse, and recovery cycle. *Evaluation review,* 32 (1), 113–137.

Grella, C.E. (2018). What do women with substance use disorder want? Commentary to: Neale, J. – Tompkins, C. N. – Marshall, A. D. – Treloar, C. – Strang, J. Do women with complex alcohol and other drug use histories want women-only residential treatment? *Addiction*, 113 (6), 1000–1001.

Griffiths, P. E. (1997). *What Emotions Really Are: The Problem of Psychological Categories.* Chicago: University of Chicago Press.

Gyarmathy, V. A. – Giraudon, I. – Hedrich, D. – Montanari, L. – Guarita, B. – Wiessing, L. (2009): Drug use and pregnancy – challenges for public health. *Eurosurveillance,* 14 (9), 1–4.

Hammer, T. – Vaglum, P. (1989). The Increase in Alcohol Consumption among Women: a phenomenon related to accessibility or stress? A General Population Study. *British Journal of Addiction,* 84 (7), 767–775.

Harding, S. – Figueroa, R. (2003). Introduction. In: Harding, S. – Figueroa, R. (eds.), *Science and Other Cultures: Issues in Philosophies of Science and Technology.* New York – London, Routledge. 1–15.

Harris, M. – Fallot, R. (eds.) (2001). *Using Trauma Theory to Design Service Systems.* New Directions for Mental Health Services. San Francisco, Jossey-Bass.

Harrod S. B. – Mactutus, C. F. – Bennett K. et al. (2004). Sex differences and repeated intravenous nicotine: behavioral sensitization and dopamine receptors. *Pharmacol Biochem Behav,* 78: 581–592.

Harrop, E. N. – Marlatt, G. A. (2010). The comorbidity of substance use disorders and eating disorders in women: Prevalence, etiology, and treatment. *Addictive Behaviors,* 35 (5), 392–398.

Hathaway, Andrew D. (2001). Shortcomings of harm reduction: Toward a morally invested drug reform strategy. *International Journal of Drug Policy,* 12, 125–137. doi: 10.1016/s0955-3959 (01)00085-8

Hawkins, J. D. – Catalano, R. F. – Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin,* 112, 64–105.

Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood.* New Haven, CT: Yale University Press.

Hayward, K. (2002). The vilification and pleasures of youthful transgression. In J. Muncie, G. Hughes – E. McLaughlin (eds.), *Youth justice: Critical readings.* London, England: Sage. 80–93.

Heath, A. – Madden, P. – Bucholz, K. – Dinwiddie, S. – Slutske, W. – Bierut, L. – Martin, N. (1999). Genetic Differences in Alcohol Sensitivity And The Inheritance Of Alcoholism Risk. *Psychological Medicine,* 29 (5), 1069–1081. Doi: 10.1017/S0033291799008909.

Heitzeg, M. M. – Hardee, J. E. – Beltz, A. M. (2018). Sex differences in the developmental neuroscience of adolescent substance use risk. *Current Opinion in Behavioral Sciences,* 23, 21–26.

Herman, J. L. (2011). *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig.* Budapest, Háttér Kiadó.

Hernandez-Avila, C. A. – Rounsaville, B. J. – Kranzler, H. R. (2004). Opioid-, cannabis-, and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depend,* 74 (3): 265–72. [PubMed: 15194204]

Hjerkinn, B. – Lindbæk, M. – Rosvold, E. O. (2007). Substance abuse in pregnant women. Experiences from a special child welfare clinic in Norway. *BMC Public Health,* 7, 322. Doi: 10.1186/1471-2458-7-322.

Holmila, M. – Raitasalo, K. (2005). Gender differences in drinking: Why do they still exist? *Addiction,* 100 (12), 1763–1769.

Holstein, J. A. – Gurbrium, J. F. (2012). Az aktív interjúkészítés. In Bodor P. (szerk.): *Szavak, képek, jelentés. Kvalitatív kutatási olvasókönyv.* Budapest, L'Harmattan. 117–139.

Hoyer M. (2004a). Gender és addikció. *Addiktológia,* 4, 3: 471–497.

Hoyer M. (2004b). Gender és addikció. Egy új megközelítés bemutatása Straussner és Zelvin Gender és addikció összefüggéseiről írott könyve alapján, *Addiktológia: Addictologia Hungarica,* 3: (4). 475–497.

Hoyer M. (2009). A nem szerepe az addikciók terápiájában. In In Demetrovics, Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai III.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 315–345.

Hser, Y. I. – Anglin, M. D. – Booth, M. W. (1987). Sex differences in addict careers: 3. Addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse,* 13 (3): 231–251. [PubMed: 3687889]

Hunt, G. P. – Barker, J. C. (2001). Socio-cultural anthropology and alcohol and drug research: Towards a unified theory. *Social Science and Medicine,* 53, 165–188. doi: 10.1016/s0277-9536 (00)00329-4.

Hunt, G. P. – Evans, K. – Faith, K. (2007). Drug use and meanings of risk and pleasure. *Journal of Youth Studies,* 10, 73–96. doi: 10.1080/13676260600983668.

Hunt, G. P. – Moloney, M. – Evans, K. (2009). Epidemiology meets cultural studies: Studying and understanding youth cultures, clubs and drugs. *Addiction Research and Theory,* 17, 601–621. doi: 10.3109/16066350802245643.

Hunt, G. – Frank, V.A. – Moloney, M. (2015). Rethinking Gender within Alcohol and Drug Research. *Substance Use & Misuse,* 50: 6, 685–692. doi: 10.3109/10826084.2015.978635.

INCB: International Narcotics Control Board (2016). *Report of the International Narcotics Control Board for 2016.* UN, New York. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016_E_ebook.pdf.

INCB: International Narcotics Control Board (2017). Report of the International Narcotics Control Board for 2016 United Nations, New York. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016_E_ebook.pdf (letöltés: 2016. június 2.).

Jarvis, T. J. (1992). Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British Journal of Addiction,* 87 (9), 1249–1261.

Jay, M. (1999). Why do people take drugs? *International Journal of Drug Policy,* 10, 5–7. doi: 10.1016/s0955-3959 (98)00068-1.

Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism.* New Haven, CT, US: Hillhouse Press. http://dx.doi.org/10.1037/14090–000.

Jourdan, M. (2009). Casting light on harm reduction: Introducing two instruments for analysing contradictions between harm reduction and 'nonharm reduction'. *International Journal of Drug Policy,* 20, 514–520. doi: 10.1016/j.drugpo.2009.02.011.

Kaló Zs. (2011). Ausztriai droghasználó várandós ellátásának modelljéről. Interjú Gabriele Fischer professzorral. In Kaló Zsuzsa – Oberth József: *Gyermekvállalás és droghasználat.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub. 110–116.

Kaló Zs. – Rácz J. (2011). Nemzetközi tapasztalatok és modellek a droghasználat és gyermekvállalás témakörében. In Kaló Zsuzsa – Oberth József: *Gyermekvállalás és droghasználat.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub. 98–110.

Kaló Zs. – Mándi B. – Sógorka I. – Rácz J. (2011). Budapesti droghasználó várandós nők ellátásának kvalitatív vizsgálata 2009-ben. In Kaló Zsuzsa – Oberth József: *Gyermekvállalás és droghasználat.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub. 53–74.

Kaló Zs. – Szécsi J. – Hegedűs J. (2017). A szerhasználó lányok és nők szükségletei, kezelésbe kerülésének jellemzői. A Magyar Addiktológiai Társaság XI. Országos kongresszusa, Siófok, 2017. november 30. – december 2. Előadáskivonatok. *Addictologia Hungarica, Addiktológia,* XV. Supplementum: 22.

Kaló Zs. – Szécsi J. – Hegedűs J. (2017). A szerhasználó lányok és nők szükségletei, kezelésbe kerülésének jellemzői. A Magyar Addiktológiai Társaság XI. Országos kongresszusa, Siófok, 2017. november 30. – december 2. Előadáskivonatok. *Addictologia Hungarica, Addiktológia,* XV. Supplementum: 22.

Kaló Zs. – Oberth J. (2011). *Gyermekvállalás és droghasználat.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub.

Kaló Zs. (2014). Terhesség, anyaság és szerhasználat. *Kapocs, 13,* 4: 14–22.

Kaló Zs. – Rácz J. (2010). *Budapesti droghasználó várandós nők kvalitatív vizsgálata.* Kutatási beszámoló. KAB-KT-M-08-001. Kézirat.

Kaló Zs. – Hegedűs J. – Szécsi J. (2017). *Szakmai Beszámoló. „Mi lesz a lányokkal?" Gyermekvédelmi szakellátásba kerülő lányok szerhasználati mintázata és kezelésbe kerülésének jellemzői.* Pályázat azonosító: KAB-KT-16-25624. Budapest. Kézirat.

Kaló Zs. – Hegedűs J. – Bihari Zs. – Szécsi, J. (2019). A gyermekvédelmi szakellátásba kerülő lányok szerhasználati tapasztalatai és kezelésbe kerülésük jellemzői egy kvalitatív kutatás tükrében. *Esély: Társadalom És Szociálpolitikai Folyóirat,* 30, 1, 67–90.

Kaló Zs. – Szécsi J. – Hegedűs J. – Piróth E. (2017). A női szerhasználat megítélése a magyarországi szenvedélybeteg-ellátó szervezetek körében In Felvinczi K. – Eisinger A. (szerk.): *A Magyar Addiktológiai Társaság XI. Országos Kongresszusa: előadáskivonatok: Siófok, 2017. november 30. – december 2.* Budapest, Magyar Addiktológiai Társaság, 24, 2.

Kamarási, V. – Mogyorósy, G. (2015). Szisztematikus irodalmi áttekintések módszertana és jelentősége. Segítség a diagnosztikus és terápiás döntésekhez. *Orvosi Hetilap,* 156 (38), 1523–1531.

Karlsson, P. (2010). Alternatives to the deficit model of adolescent drug use. In T. Decorte – J. Fountain (Eds.), *Pleasure, pain and profit. European perspectives on drugs.* Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers. 21–34.

Katona, I. (2009). Az addikció neurobiológiai alapjai. In Demetrovics, Zs. (szerk.) *Az addiktológia alapjai I.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 297–310.

Keane, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy, 14,* 227–232. doi: 10.1016/S0955-3959 (02)00151-2.

Kende A. (2008). Feminizmus pro és kontra: A társadalmi nem kutatása a magyarországi pszichológiában. In uő (szerk.): *Pszichológia és feminizmus.* L'Harmattan, Budapest, 140–154

Kende A. – Füleki K. (2006). Személyes és társadalmi hatások a szomatizáció kialakulásában és megítélésében. *Pszichológia,* 26, 4: 305–323

Kende A. – Neményi M. (1999). Anyák és lányok. *Replika,* 4, 35: 117–141.

Keyes, K. M. – Hatzenbuehler, M. L. – Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology,* 218 (1), 1–17.

Khantzian, E. J. (1997): The Self-Medication Hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry,* 4 (5), 231–244.

Kinney, A. – Kline, J. – Levin, B. (2006). Alcohol, caffeine and smoking in relation to age at menopause. *Maturitas,* 54, 1: 27–38.

Kitzinger, C. (2004): Feminist approaches. In Seale, C. – Gobo, G. – Gubrium, F. J. – Silverman, D. (eds.): *Qualitative Research Practice.* London, SAGE. 125–141.

Komáromi É. (2009). Szülői traumatizáció – gyermeki addikció. In Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai III.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 105–126.

Kopp M. – Kovács M. E. (2006) (szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Budapest, Semmelweis Kiadó.

Koski-Jännes, A. (2004). In Search of a Comprehensive Model of Addiction. In Rosenqvist, P. – Blomqvist, J. – Koski-Jännes, A. – Öjesjö, L.: Addiction and life course. *Nordic Alcohol and Drug Research (NAD), NAD-publikation,* 44: 49–67.

Kosten, T. R. – Kosten, T. A. – McDougle, C. J. et al. (1996). Gender differences in response to intranasal cocaine administration to humans. *Biol Psychiatry,* 39: 147–148.

Kovács M. E. – Jakab Z. – Kopp M. (2001). Középkorú és idős nők lelki egészsége. In: Nagy I. – Pongrácz T. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Szerepváltozások: Jelentés a nők és férfiak helyzetéről.* Budapest, TÁRKI – Szociális és Családügyi Minisztérium Nőképviseleti Titkársága. 222–237.

Kováts V. (2011). Intravénás szerhasználók segítése alacsonyküszöbű programokban. In Kaló Zsuzsa – Oberth József: *Gyermekvállalás és droghasználat.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub. 215–220.

Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2011): *Gyermekvállalás és gyermeknevelés.* http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/gyemekvallalasneveles.pdf (letöltve 2011. augusztus 15.).

Kruk, E. – Sandberg, K. (2013). A home for body and soul: Substance using women in recovery. *Harm reduction journal,* 10 (1), 39.

Kuntsche, E. – Kuntsche, S. – Knibbe, R. et al. (2011). Cultural and Gender Convergence in Adolescent Drunkenness: Evidence From 23 European and North American Countries. *Arch Pediatr Adolesc Med,* 165 (2): 152–158. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.191.

Kushner, M. G. – Maurer, E. – Menary, K. – Thuras, P. (2011). Vulnerability to the Rapid („Telescoped") Development of Alcohol Dependence in Individuals with Anxiety Disorder. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 72: 6. 1019–1027.

Lajtai L. – Simon M. – Csoboth Cs. – Kopp M. (2004). Miért fontos a nem? Vagy miért nem? Az illegális szerfogyasztásban felmerülő különbségek elemzése egy országos reprezentatív felmérés kapcsán. *Addiktológia: Addictologia Hungarica,* 3: (4), 543–555.

Lajtai L. (1999). Drogok a kulturális és pszichiátriai antropológia szemszögéből. *Belügyi Szemle,* 15 (6), 37–47.

Lanza, P. V. – Garcia, P. F. – Lamelas, F. R. – González-Menéndez, A. (2014). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of Clinical Psychology,* 70 (7), 644–657.

Lázár L. – Lázár Cs. É. (2009): Kábítószer-használó várandós nők szülészeti ellátása során alkalmazott kommunikációs technikák. In Rigó J. – Oberth J. – Sógorka I. (szerk.): *Droghasználó terhes nők és gyermekeik ellátása*. Budapest, MEJOK. 60–70.

Lenton, S. – Eric S. (1998). The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review,* 17, 213–219.

Levy, J. A. – Ory, M. G. – Crystal, S. (2003). HIV/AIDS interventions for midlife and older adults: current status and challenges. *JAIDS,* 33 (2): S59–S67.

Levy, N. (2013). Addiction is not a brain disease (and it matters). *Frontiers in Psychiatry,* 4 (24). https://doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00024.

Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. London, Sage.

Lupton, D. (2000): 'A love/hate relationship': the ideals and experiences of first-time mothers. *Journal of Sociology,* 36 (1) 50–63.

Maher, L. (1997). *Sexed work: Gender, race, and resistance in a Brooklyn drug market*. Oxford, MI: Oxford University Press.

Malloch, M. (1999). Drug use, prison and the social construction of femininity. *Women's Studies International Forum,* 22, 349–358.

Marsh, J. C. (2018). What do women want? Women want services tailored to their needs. Commentary to: Neale, J. – Tompkins, C. N. – Marshall, A. D. – Treloar, C. – Strang, J. (2018). Do women with complex alcohol and other drug use histories want women-only residential treatment? *Addiction,* 113 (6), 999–1000.

Marks, J. L. – Hair, C. S. – Klock, S. C. – Ginsburg, B. E. – Pomerleau, C. S. (1994). Effects of menstrual phase on intake of nicotine, caffeine, and alcohol and nonprescribed drugs in women with late luteal phase dysphoric disorder, *Journal of Substance Abuse,* 6, 2.

Martin, F. S. – Aston, S. (2014). A „special population" with „unique treatment needs": Dominant representations of „women's substance abuse" and their effects. *Contemporary Drug Problems*, 41 (3), 335–360.

Martins, M. M. – Viegas, P. – Mimoso, R. – Pauncz, A. – Tóth, Gy. – Hiiemaie, R. – Harwin N. – Cosgrove, S. (2009). *Erő a változáshoz. Hogyan szervezzünk és működtessünk önsegítő csoportokat erőszak áldozatainak és túlélőinek*. Retrieved 2019.02.04. http://mek.oszk.hu/13700/13763/13763.pdf.

Mayock, P. – Cronly J. – Clatts, M. C. (2015). The Risk Environment of Heroin Use Initiation: Young Women, Intimate Partners, and „Drug Relationships". *Substance Use & Misuse,* 50: 6, 771–782. doi: 10.3109/10826084.2015.978629.

Márványkövi F. – Melles K. – Légmán A. – Rácz J. (2008). A kezelésbe jutás akadályai roma és nem roma, kezelésen kívüli intravénás használók körében Budapesten. *Addiktológia, 7* (3–4), 205–233.

Máté Zs. – Fehér K. – Tóth J. (2011). Prostituált/szexmunkás emberek segítése. In Kaló Zsuzsa – Oberth József: *Gyermekvállalás és droghasználat*. Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub. 166–201.

Matuszka I. – Oberth J. (2009). Jogi és etikai szabályozás, jogi segítségnyújtás szenvedélybeteg emberek ellátásában In Rigó J. – Oberth J. – Sógorka I. (szerk.): *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása*. Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. 144–157.

Mazure, C. M. – Toll, B. – McKee, S. A. – Wu, R. – O'Malley, S.S (2011). Menstrual cycle phase at quit date and smoking abstinence at 6 weeks in an open label trial of bupropion, *Drug and Alcohol Dependence,* 114, 1.

McDonald, M. (1994). *Gender, drinks and drugs*. Oxford, UK; Providence, RI: Berg.

McHugh, R. K. – Votaw, V. R. – Sugarman D. E. – Greenfield S. F. (2017). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 10.1016/j.cpr.2017.10.012.

McHugo, G. J. – Kammerer, N. – Jackson, E. W. – Markoff, L. S. – Gatz, M. – Larson, M. J. – Hennigan, K. (2005). Women, co-occurring disorders, and violence study: Evaluation design and study population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 2, 91–107.

Measham, F. – Kevin B. (2005). 'Binge' drinking, British alcohol policy and the new culture of intoxication. *Crime, Media, Culture, 1,* 262–283. doi: 10.1177/1741659005057641.

Measham, F. (2006). The new policy mix: Alcohol, harm minimisation, and determined drunkenness in contemporary society. *International Journal of Drug Policy,* 17, 258–268. doi: 10.1016/j.drugpo.2006.02.013.

Messina, N. – Calhoun, S. – Braithwaite, J. (2013). Trauma informed treatment decreases PTSD among women offenders. *Journal of Trauma and Dissociation*. Advance online publication.

Messina, N. – Grella, C. E. – Cartier, J. – Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of substance abuse treatment*, 38 (2), 97–107.

Messinger, D. S. – Bauer, C. R. – Das, A., Seifer, R. – Lester, B. M. – Lagasse et al. (2004). The Maternal Lifestyle Study: Cognitive, motor, and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years of age. *Pediatrics,* 113, 6: 1677–1685.

Meyer, J. P. – Isaacs, K. – El-Shahawy, O. – Burlew, A. K. – Wechsberg, W. (2019). Research on Women with Substance Use Disorders: Reviewing Progress and Developing a Research and Implementation Roadmap. *Drug and alcohol dependence, 197,* 1: 158–163.

Miles, S. (1998). *Consumerism: As a way of life.* London, England: Sage.

Miller, P.G. (2001). A critical review of the harm minimization ideology in Australia. *Critical Public Health, 11,* 167–178. doi: 10.1080/09581590110039865

Miller, W. R. – Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior.* New York, N. Y.: Guilford Press. (2., rev. ed., 2002.)

Molnár G. – Pándi T. (2007). *A BMSZKI addiktológiai hálózatának online műhelye – Bántalmazott nők társfüggősége (kodependenciája).* URL: http://addictus.blog.hu/2007/05/31/pandi_molnar_bantalmazott_n_k_tarsfugg_s

Moloney, K. P. – van den Bergh, B. J. – Moller, L. F. (2009). Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history. *Public* Health, 123, 6: 426–430.

Moore, D. (2002). Opening up the cul-de-sac of youth drug studies: A contribution to the establishment of some alternative truths. *Contemporary Drug Problems,* 29, 13–63.

Moore, D. (2008). Erasing pleasure from public discourse on illicit drugs: On the creation and reproduction of an absence. *International Journal of Drug Policy,* 19, 353–358. doi: 10.1016/j.drugpo.2007.07.004.

Moore, D. – Fraser, D. (2006). Putting at risk what we know: Reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications. *Social Science and Medicine,* 62, 3035–3047. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.067.

Morrissey, J. P. – Ellis, A. R. – Gatz, M. (2005). Outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: Program and person-level effects. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 28, 121–133.

Morse, D. S. – Cerulli, C. – Bedell, P. – Wilson, J. L. – Thomas, K. – Mittal, M. – Walck, D. (2014). Meeting health and psychological needs of women in drug treatment court. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 46, 2, 150–157.

Mowbray, C. T. – Oyserman, D. – Saunders, D. – Rueda-Riedle, A. (1998). Women with severe mental disorders: Issues and service needs. In B. L. Levin – Blanch, A.

K. – Jennings, A. (eds.): *Women's mental health services: A public health perspective*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc. 175–200.

Mugford, S. K. (1991). Controlled drug use among recreational users: Sociological perspectives. In N. Heather, W. R. Miller – J. Greeley (eds.): *Self-control and the addictive behaviours*. Sydney, Australia: Maxwell MacMillan Publishing. 243–261

Mulvihill, D. L. – Ford-Gilboe, M. – Berman, H. – Forchuk, C. – Csiernik, R. (2018). Seeking and Obtaining Help for Alcohol Dependence by Women with Posttraumatic Stress Disorder and a History of Intimate Partner Violence. *J Addictive Behaviours Therapy*, 2 (1), 5.

Nagy M. (2011). A Józan Babák Klub Playback-színháza – riport egy szocioterápiás közösségről. In Kaló Zsuzsa – Oberth József: *Gyermekvállalás és droghasználat*. Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub. 144–152

Najavits, L. M. (2017). *Recovery from Trauma, Addiction, or Both – Strategies for Finding Your Best Self.* New York, Guilford Press.

Neale, J. – Tompkins, C. N. – Marshall, A. D. – Treloar, C. – Strang, J. (2018). Do women with complex alcohol and other drug use histories want women-only residential treatment? *Addiction*, 113 (6), 989–997.

Neale, J. – Tompkins, C. N. – Marshall, A. D. – Treloar, C. – Strang, J. (2018). Building on feminist achievements to enhance choice for women seeking treatment. Commentary to: Neale, J. – Tompkins, C. N. – Marshall, A. D. – Treloar, C. – Strang, J. Do women with complex alcohol and other drug use histories want women-only residential treatment? *Addiction, 113* (6), 1001–1002.

Nelson-Zlupko, L. – Kauffman, E. – Morrison Dore, M. (1995). Gender Differences in Drug Addiction and Treatment: Implications for Social Work Intervention with Substance-Abusing Women. *Social Work*, 40, 1, 45–54, https://doi.org/10.1093/sw/40.1.45.

Neményi M. (1998). *Cigány anyák az egészségügyben*. Budapest, Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal.

Neve, R. J. – Drop, M. J. – Lemmens, J. H. – Swinkels, H. (1996). Gender differences in drinking behaviour in the Netherlands: convergence or stability? *Addicition*, 91 (3), 357–375.

NDF: Nemzeti Drog Fókuszpont (2011): *2010-es éves jelentés az EMCDDA számára. Magyarország: Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról.* Budapest, Reitox. http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/nr_10_hu.pdf (letöltve: 2011. március 12.).

NDF: Nemzeti Drog Fókuszpont (2014). *2014-es ÉVES JELENTÉS (2013-as adatok) az EMCDDA számára. Magyarország új fejlemények, trendek*. Budapest, REITOX.

Noriega, G. – Ramos, L. – Medina-Mora, M. E. – Villa, A. R. (2008). Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry,* 78 (2), 199.

O'Malley, P. – Valverde, M. (2004). Pleasure, freedom and drugs: The uses of 'pleasure' in liberal governance of drug and alcohol consumption. *Sociology, 38,* 25–42. doi: 10.1177/0038038504039359

O'Malley, P. – Mugford, S. (1991). The demand for intoxicating commodities: Implications for the War on Drugs. *Social Justice, 18,* 49–75.

Oberleitner, L. et al (2014). Childhood stressors differentially affect age of first use and telescoping across women and men. *Drug and Alcohol Dependence, 140,* 164–165.

Oberth J. (2009a). Józan Babák Klub. In Rigó J. – Oberth J. – Sógorka I. (szerk.): *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. 87–101.

Oberth J. (2009b). Alacsonyküszöbű és magasküszöbű szociális szolgáltatások Magyarországon. In Rigó J. – Oberth J. – Sógorka I. (szerk.): *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. 213–238.

Oberth J. (2011). A Józan Babák Klub „Alternatív terhesgondozás és családgondozás" programja. In Kaló Zsuzsa – Oberth József (2011). *Gyermekvállalás és droghasználat.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub. 116–144.

Oksanen, A. (2013). Female Rock Stars and Addiction in Autobiographies. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs,* 30 (1–2), 123–140. doi.org/10.2478/nsad-2013-0009.

Olsen, A. (2009). Consuming e: Ecstasy use and contemporary social life. *Contemporary Drug Problems,* 36, 175–191.

OSF: Open Society Foundations (2018). *Expecting better. Improving health and Rights for pregnant women who use drugs.* Open Society Foundations, New York. Letöltve 2018. október 18-án. https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/expecting-better-improving-health-and-rights-for-pregnant-women-who-use-drugs-20181016.pdf

Orford, J. (2001). Addiction as excessive appetite. *Addiction,* 96 (suppl. I), 15–31.

Paksi B. (2003). *Drogok és felnőttek. A tizennyolc év feletti lakosság drogfogyasztása és droggal kapcsolatos gondolkodása az ezredfordulón Magyarországon.* Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, L'Harmattan Kiadó.

Parker, H. (1999). Drugwise youth? Researching young people's drug use. *Sociology Review,* 9 (2), 17–21.

Parker, H. (2003). Pathology or modernity? Rethinking risk factor analyses of young drug users. *Addiction Research and Theory,* 11, 141–145. doi: 10.1080/1606635021000021692.

Peele S. (1990). Addiction as a cultural concept. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602: 205–220.

Petersen, A. – Lupton, D. (1996). *The new public health: Health and self in the age of risk*. St Leonards, Australia: Allen and Unwin.

Piazza, N.J. – Vrbka, J.L. – Yeager, R.D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *Int J Addict*, 24: 19–28.

Pikó B. (2009). A devianciák szociológiai és szociálpszichológiai modelljei. In Demetrovics Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai I.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó. 357–377.

Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 126–136.

Poole, N. – Dell, C. A. (2005). *Girls, women and substance use*. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse BC Centre for Excellence for Women's Health.

Race, K. (2005). Recreational states: Drugs and the sovereignty of consumption. *Culture Machine, 7.* http://svr91.edns1.com/~culturem/index.php/cm/article/viewArticle/28/35

Rácz J. (2006). *Kvalitatív drogkutatások*. Budapest, L'Harmattan Kiadó.

Rácz J. – Kaló Zs. (2009): Metaforák és pszichoaktív anyag-használat. *Korunk*, 20 (7), 14–22.

Randall, C. L. – Roberts, J. S. – Del Boca, F. K. et al. (1999). Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. *J Stud Alcohol*, 60: 252–260. [PubMed: 10091964]

Reed, S. C. – Evans, S. M. (2009). Research design and methodology in studies of women and addiction. In Brady, K. T. – Back, S. E.: *Women and Addiction: Comprehensive Handbook*. New York, The Guilford Press. 14–35.

Reinarman, C. (2005). Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addiction Research and Theory*, 13: 307–320.

Reinert, D. F. (1999). Surrender and Narcissism, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 17: 3, 1–12. doi: 10.1300/J020v17n03_01.

Richie, B. (2001). Challenges incarcerated women face as they return to their communities: Findings from life history reviews. *Crime & Delinquency*, 47, 368–389.

Rigó J. (2009). A drogfogyasztó várandós nők terhesgondozása. In Rigó J. – Oberth J. – Sógorka I. (szerk.): *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása*. Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. 9–20.

Rigó J. – Oberth J. – Sógorka I. (szerk.) (2009). *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása*. Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány.

Rigó, J. (2009). A drogfogyasztó várandós nők terhesgondozása. In: J. Rigó – Oberth J. – Sógorka I. (szerk.): *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása*. Budapest, MEJOK. 9–20.

Riley, D. – Sawka, E. – Conley, P. – Hewitt, D. – Mitic, W. – Poulin, C. – Topp, J. (1999). Harm reduction: Concepts and practice. A policy discussion paper. *Substance Use and Misuse,* 34, 9–24.

Ritter, A. – Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review,* 25, 611–624. doi: 10.1080/09595230600944529.

Room, R. (1996). Gender roles and interactions in drinking and drug use. *Journal of Substance Use,* 8 (2), 227–239.

Room, R. – Fischer, B. – Hall, W. Lenton, S. – Reuter, P. (2010). *Cannabis policy. Moving beyond stalemate.* Oxford, England: Oxford University Press.

Root, T. L. – Pinheiro, A. P. – Thornton, L. – Strober, M. – Fernandez-Aranda, F. – Brandt, H. – Kaplan, A. S. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders,* 43 (1), 14–21.

Rosenbaum, M. (1981). *Women on heroin.* New Brunswich, NJ: Rutgers University Press.

Rowe, James. (2005). From deviant to disenfranchised: The evolution of drug users in AJSI. *Australian Journal of Social Issues,* 40, 107–123.

Russell, D. E. H. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women.* (Rev. ed.) New York, NY, US: Basic Books.

Sanders, J. M. (2009). *Women in Alcoholics Anonymous: Recovery and Empowerment.* A First Forum Press Book, Boulder.

Saunders, W. – Marsh, A. (1999). Harm reduction and the use of current illegal drugs: Some assumptions and dilemmas. *Journal of Substance Use,* 4, 3–9.

Saxena, P. – Messina, N. P. – Grella, C. E. (2014). Who Benefits From Gender-Responsive Treatment?: Accounting for Abuse History on Longitudinal Outcomes for Women in Prison. *Criminal Justice and Behavior,* 41 (4), 417432.

Schreur, F. K. (2009): Experiencing motherhood: the narratives of German single women. *QMiP Newsletter,* 8: 6–15.

Schuckit, M. A. – Smith, T. L. – Kalmijn, J. – Tsuang, J. – Hesselbrock, V. – Bucholz, K. (2000). Response to Alcohol In Daughters Of Alcoholics: A Pilot Study And A Comparison With Sons Of Alcoholics. *Alcohol and Alcoholism,* 35, 3, 242–248. https://Doi.Org/10.1093/Alcalc/35.3.242.

Schuler, M. E. – Black, M. M. – Starr, R. H. (1995): Determinants of mother-infant interaction: Effects of prenatal drug exposure, social support, and infant temperament. *Journal of Clinical Child Psychology,* 24 (4), 397–405.

Schwinn, T. M. – Schinke, S. P. – Hopkins, J. – Thom, B. (2016) Risk and protective factors associated with adolescent girls' substance use: Data from a nationwide Facebook sample, *Substance Abuse,* 37: 4, 564–570.

Seddon, Toby. (2007). Drugs and freedom. *Addiction Research and Theory, 15,* 333–342. doi: 10.1080/16066350701350262.

Sheard, L. – Tompkins, C. (2008). Contradictions and misperceptions: An exploration of injecting practice, cleanliness, risk, and partnership in the lives of women drug users. *Qualitative Health Research,* 18 (11), 1536–1547.

Shin, S. H. – Hong, H. G. – Hazen, A. L. (2010). Childhood sexual abuse and adolescent substance use: A latent class analysis. *Drug and Alcohol Dependence,* 109, 1–3, 226–235.

Shorey, R. C. – Anderson, S. – Stuart, G. L. (2012). An examination of early maladaptive schemas among substance use treatment seekers and their parents. *Contemporary Family Therapy,* 34 (3), 429–441.

Siegel, R. K. (1989). *Intoxication. Life in pursuit of artificial paradise.* New York, NY: E.P. Dutton.

Simoni-Wastila, L. – Ritter, G. – Strickler, G. (2004). Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs. *Substance Use & Misuse,* 39 (1), 1–23.

Singer Zs. (2011). A gyermekvédelmi rendszer felépítése, működése. In Kaló Zsuzsa – Oberth József: *Gyermekvállalás és droghasználat.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub. 235–243.

Smith, J. M. – Twist, M. L. C. – Hertlein, K. M. (2015). Exploration of Female-Specific Clinical Programming for Adolescent Substance Use. *Journal of Feminist Family Therapy,* 27: 3–4, 101–115.

Smith-Warner, S. A. – Spiegelman, D. – Yaun, S. S. – van den Brandt, P. A. – Folsom, A. R. – Goldbohm, R. – Graham, A. et al. (1998). Alcohol and breast cancer: a pooled analysis of cohort studies. *JAMA,* 279: 535–40.

Sógorka I. (2009). A kábítószer-használó várandós nők szociális problémáinak kezelése a kórházi szociális munka során. In Rigó J. – Oberth J. – Sógorka I. (szerk.): *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. 70–86.

Southgate, E. – Hopwood, M. (1999). Mardi Gras says 'be drug free': Accounting for resistance, pleasure and the demand for illicit drugs. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine,* 3, 303–316. doi: 10.1177/136345939900300304.

Stimson, G. V. – O'Hare, P. (2010). Harm reduction: Moving through the third decade. *International Journal of Drug Policy,* 21, 91–93. doi: 10.1016/j.drugpo.2010.02.002.

Straussner, S. L. A. – Zelvin, E. (eds.) (1997). *Gender & Addictions. Men and Woman in Treatment.* New Jersey – London, Jason Aronson Inc. Northvale.

Stuart, G. L. – Moore, T. M. – Elkins, S. R. – O'Farrell, T. J. – Temple, J. R. – Ramsey, S. E. – Shorey, R. C. (2013). The temporal association between substance use and

intimate partner violence among women arrested for domestic violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 81 (4), 681.

Suchman, N. E. – DeCoste, C. – Castiglioni, N. – McMahon, T. J. – Rounsaville, B. – Mayes, L. (2010). The Mothers and Toddlers Program, an attachment-based parenting intervention for substance using women: Post-treatment results from a randomized clinical pilot. *Attachment & Human Development,* 12 (5), 483–504.

Sullivan, H. S. (2013). *The interpersonal theory of psychiatry.* London, Routledge.

Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence,* 55, 209–224. doi: 10.1016/s0376-8716 (99)00017-4.

Szmigin, I. – Griffin, C. – Mistral, W. – Bengry-Howell, A. – Hackley, L. W.-C. (2008). Re-framing 'binge drinking' as calculated hedonism: Empirical evidence from the UK. *International Journal of Drug Policy,* 19, 359–366. doi: 10.1016/j.drugpo.2007.08.009.

Takách G. (2009). Várandós droghasználó nők addiktológia kórházi ellátása avagy átírható-e a szenvedélybeteg várandós anyák dramatikus sorskönyve? In Rigó J. – Oberth J. – Sógorka I. (szerk.): *Droghasználó várandós nők és gyermekeik ellátása.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány. 133–144.

Tarr B. L. – Parádi J. – Oberth J. (2011). Playback színház alapképzés In: Kaló Zs. – Oberth J.: *Gyermekvállalás és droghasználat.* Budapest, Magyar Emberi Jogvédő Központ Alapítvány – Józan Babák Klub. 152–160.

Taylor A. (1993). *Women drug users: An ethnography of a female injecting community.* London, Clarendon Press.

Tiebout, H. M. (1949). The act of surrender in alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol,* 10: 48–58.

Terner, J. M. – de Wit, H. (2006). Menstrual cycle phase and responses to drugs of abuse in humans. *Drug and Alcohol Dependence,* 84, 1: 1–13.

Terplan, M. – Ramanadhan, S. – Locke, A. – Longinaker, N. – Lui, S. (2015). Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *The Cochrane database of systematic reviews, 4,* CD006037. Doi: 10.1002/14651858.CD006037.pub3.

Tjaden P. – Thoennes N. (1998). *Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the national violence against women survey.* Washington, DC: Department of Justice, National Institute of Justice.

Tompkins, C. N. – Neale, J. (2018). Delivering trauma-informed treatment in a women-only residential rehabilitation service: Qualitative study. *Drugs: Education, Prevention and Policy,* 25 (1), 47–55.

Torchalla, I. – Nosen, L. – Rostam, H. – Allen, P. (2012). Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma expe-

riences: A systematic review and meta-analysis. *Journal of substance abuse treatment*, 42 (1), 65–77.

Trautman, S. – Wittchen, H-U. (2018). Trauma and PTSD in Europe. In Nemeroff, Ch. B. –Marmar, C. R. (eds.): *Post-Traumatic Stress Disorder.* Oxford, Oxford University Press, 133–147.

Tuchman E. (2003). Methadone and menopause: midlife women in drug treatment. *J Soc Work Pract Addict,* 3: 43–56.

Tuchman E. (2007). Exploring the prevalence of menopause symptoms in midlife women in methadone maintenance treatment. *Social Work Health Care,* 45: 43–62.

Tuchman, E. (2010). Woman and Addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. *Journal of Addictive Diseases,* 29: 2, 127–138. Doi: 10.1080/10550881003684582.

Túry F. (2003). *A bulimia – modern szenvedély?* http://www.lelekbenotthon.hu.

Túry F. – Szabó P. (2000). *A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa.* Budapest, Medicina.

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime (2018). *World Drug Report 2018* (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9).

Urbano-Marquez, A. – Estruch, R. – Fernandez-Sola, J. – Nicolas, J. M. – Pare, J. C. – Rubin, E. (1995). The greater risk of cardiomathopathy and myopathy in women compared with men. *JAMA,* 274: 149–154.

US Department of Health and Human Services (2001). *Women and smoking: a report of the surgeon general–2001.* Washington, DC: Government Printing Office, 343–367.

Valkai Zs. (1987). *Miért isznak a nők?* Budapest, magánkiadás.

van Ree, E. (2002). Drugs, the democratic civilising process and the consumer society. *International Journal of Drug Policy,* 13, 349–353. doi: 10.1016/S0955-3959(02)00112-3.

Völger, G. – von Welck, K. – Legnaro, A. (eds.) (1981). *Rausch und Realitat. Drogen im Kulturvergleich [Intoxication and reality. Drugs in cross-cultural perspective.]* Cologne, DE: Rautenstrauch-Joest-Museum für Völkerkunde.

Vrecko, S. (2010), Birth of a brain disease: science, the state and addiction neuropolitics, *History of the Human Sciences,* 23, 52–67.

Walters, G. (1999). *The Addiction Concept: Working hypothesis or self-fulfilling prophecy?* Boston, Allyn & Bacon.

Wells, S. – Speechley, M. – Koval, J. J. – Graham, K. (2007). Gender Differences in the Relationship Between Heavy Episodic Drinking, Social Roles, and Alcohol-Related Aggression in a U.S. Sample of Late Adolescent and Young Adult Drinkers, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 33: 1, 21–29

West, R. (2001). Theories of Addiction. *Addiction,* 96, 3–13.

West, R. (2013). *Models of addiction, EMCDDA INSIGHTS, 14.* Luxembourg: Publications Office of the European Union.

White, W. – Kilbourne, J. (2006). American women and addiction: A cultural double bind. *Counselor,* 7 (3), 46–51.

WHO: World Health Organization (2014a). *Global status report on alcohol and health 2014.* WHO, Luxemburg. (2014,04.08). Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=

WHO: World Health Organization (2014b). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.* http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/ (letöltve 2011.03.12.).

WHO: World Health Organization (2018). Hungary. (2018,04.08). Retrived from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/hun.pdf?ua=1

Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology.* London, Open University Press.

Wilsnack, R. W. – Wilsnack, S. C. (1997). Introduction. In Wilsnack, R. W. – Wilsnack, S. C. (eds.): *Gender and Alcohol: Individual and Social Perspectives.* New Brunswick – New Jersey, Rutgers Center of Alcohol Studies. 1–16.

Wilsnack, R. W. – Wilsnack, S. C. (eds.) (1997). *Gender and alcohol: Individual and social perspectives.* New Brunswick – New Jersey, Rutgers Center of Alcohol Studies.

Yalom, I. D. (2001). *A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata.* Budapest, Animula Kiadó.

Young, I. M. (1984): Pregnant embodiement. *Journal of Medicine and Philosophy,* 9, 1, 45–62.

Zhang, Y. – Kreger, B. E. – Dorgan, J. F. – Splansky, G. L. – Cupples, L. A. – Ellison, R. C. (1999). Alcohol consumptions and risk of breast cancer: The Framingham Study revisited. *Am J Epidemiol,* 149: 93–101.

Zilberman, M. L. (2009). Substance Abuse accross the lifespan in women. In Brady, K. T. – Back, S. E. (eds.): *Women and Addiction: Comprehensive Handbook.* New York, The Guilford Press. 3–14.

Zimmermann, M. A. – Bingenheimer, J. B. (2002). Natural mentors and adolescent intorspectiveness, and mental health. *Journal of Health and Social Behavior,* 32, 65–79.

Zinberg, Norman E. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use.* New Haven, CT: Yale University Press.

Zinberg, Norman E. (1984/2005). *Függőség és Kontroll – drog, egyén, társadalom.* Budapest, Nyitott Könyvműhely Kiadó – NDI, 2005.

Zsákai Sz. (2008). *Társas kapcsolathálók és alkoholizmus. PhD-értekezés.* Budapest.

NÉV- ÉS TÁRGYMUTATÓ

L'Harmattan France
5-7 rue de l'Ecole Polytechnique
75005 Paris
T.: 33.1.40.46.79.20
Email: diffusion.harmattan@wanadoo.fr

L'Harmattan Italia SRL
Via Degli Artisti 15
10124 TORINO
Tél: (39) 011 817 13 88 / (39) 348 39 89 198
Email: harmattan.italia@agora.it

ISSN 2630-9963
ISBN 978-963-414-565-3

DOI: https://doi.org/10.56037/978-963-414-565-3

A kiadásért felel a L'Harmattan Kiadó igazgatója.

A kiadó kötetei megrendelhetők, illetve kedvezménnyel megvásárolhatók:
L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.
Tel.: (36) 1-267-5979
www.harmattan.hu
webshop.harmattan.hu

Olvasószerkesztő: Tiszóczi Tamás
Borítóterv: Pacher Nóra
Tördelés: Csernák Krisztina
Nyomdai kivitelezés: Prime Rate Kft.
Felelős vezető: Tomcsányi Péter